




ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ/СНІДОМ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ:

навчально-методичний посібник
для викладачів циклу
тематичного удосконалення
у рамках підвищення кваліфікації
сімейних лікарів

Київ 2015



ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ/СНІДОМ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ:

навчально-методичний посібник
для викладачів циклу тематичного
удосконалення, в рамках підвищення
кваліфікації сімейних лікарів

Схвалено Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Протокол №5 від 13.05.2015 р.)

Колектив авторів

Жилка Надія Яківна, д. мед. н., заслужений лікар України, доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО імені П. Л. Шупика.

Бацюра Ганна Володимирівна, к. мед. н., асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П. Л. Шупика.

Гетьман Лариса Іванівна, заступник директора з питань організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України».

Дудіна Ольга Володимирівна, старший фахівець відділу інноваційних програм ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», лікар, дитячий та підлітковий гінеколог.

Виноградова Олександра Андріївна, магістр психології, старший фахівець відділу інноваційних програм ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД».

Волгіна Оксана Миколаївна, магістр соціальної роботи, заступник директора БО «Соціальна служба «Віфанія».

Брижовата Оксана Семенівна, магістр соціальної роботи, керівник відділу інноваційних програм ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», директор проекту «RESPECT».

Полищук Вікторія Євгенівна, клінічний провізор, старший фахівець відділу інноваційних програм ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД».

Загальна редакція

Служинська М. Б., головний лікар КЗ «Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом».

Журавель Т. В., к. пед. н., доцент кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Інституту людини Київського університету імені Бориса Грінченка, голова виконкому Всеукраїнського громадського центру «Волонтер».

Рецензенти

Матюха Л. Ф., завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П. Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина», д. мед. н., професор.

Крамарьов С. О., завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ імені О. О. Богомольця, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитячі інфекційні хвороби», д. мед. н., професор.

Рецензії позитивні, з рекомендацією до видання.

В 26 **Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем : навчально-методичний посібник для викладачів. – К.: Агентство «Україна». – 2015. – 520 с.**

ISBN 978-966-137-052-3

Навчально-методичний посібник для викладачів «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» підготовлений відповідно до принципів доказової медицини і має забезпечити засвоєння сімейними лікарями принципів діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, опортуністичних захворювань, сприяти набуттю вміння щодо консультування ВІЛ-інфікованих пацієнтів, оволодінню методикою проведення ДКТ, та недопущення стигматизації та дискримінації представників груп найвищого ризику і людей, які живуть з ВІЛ. Даний посібник є керівництвом для викладача циклу тематичного удосконалення, навчальний план та уніфікована програма якого затверджені вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика від 13.05.2015 р.

ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» висловлює окрему подяку ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» за участь і підтримку в розробці даного посібника.

Навчально-методичний посібник видано за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) в рамках проекту RESPECT «Зменшення стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, щодо представників груп найвищого ризику в медичних закладах України», що впроваджується ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД».

Ця публікація стала можливою завдяки ширій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст є відповідальністю ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» і не обов'язково відображає погляди USAID чи Уряду Сполучених Штатів Америки. Будь-яка частина цієї публікації може бути відтворена, але за умови обов'язкового посилання на видання та ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД».

**УДК614.253:[616.98:578.828ВІЛ-052]
ББК 51.1+55.148**

ISBN 978-966-137-052-3

© ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», 2015

ЗМІСТ

Передмова	5
Умовні скорочення	7
Методична підготовка тренера	
Інтерактивні методи навчання дорослих	10
Психологічні особливості навчання дорослих	26
Вступ до тренінгу. Вхідне анкетування	48
РОЗДІЛ 1. Сучасні підходи до етіології, епідеміології та патогенезу ВІЛ-інфекції. Клінічна класифікація ВІЛ-інфекції	54
Тема 1.1. Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі	54
Тема 1.2. Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції	73
Тема 1.3. Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції	95
Тема 1.4. Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД	112
РОЗДІЛ 2. Нормативно-правова база у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу. Консультація і тестування на ВІЛ-інфекцію	163
Тема 2.1. Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів	163
Тема 2.2. Консультація і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ	194
Тема 2.3. Алгоритм ДКТ для лікаря загальної практики/сімейного лікаря	223
Тема 2.4. Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження	234
Тема 2.5. Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці	253
РОЗДІЛ 3. Загальні підходи до АРТ, лікування та профілактики опортуністичних інфекцій	271
Тема 3.1. Антиретровірусна терапія: класи антиретровірусних препаратів, механізм їх дії, побічні реакції, резистентність, взаємодія з іншими лікарськими препаратами	271
Підтема 3.1.1. Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи препаратів	272
Підтема 3.1.2. Показання до АРТ. Схеми АРТ першого ряду. Обстеження перед початком АРТ	293
Підтема 3.1.3. Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ	316

Підтема 3.1.4. Побічні реакції АРВП. Особливості взаємодії АРВП.....	333
Тема 3.2. Лікування та профілактика опортуністичних інфекцій та супутніх патологій	360
Підтема 3.2.1. Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій.....	360
Підтема 3.2.2. Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій.....	382

РОЗДІЛ 4. Організація медичного нагляду за вагітними ВІЛ-позитивними жінками, за дітьми, які народжені ВІЛ-позитивними матерями, а також проведення диспансерного нагляду за ВІЛ-позитивними пацієнтами та надання їм паліативної допомоги 404

Тема 4.1. Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини	404
Тема 4.2. Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-позитивними матерями.....	426
Тема 4.3. Диспансерний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами.....	441
Тема 4.4. Паліативна допомога при ВІЛ-інфекції.....	454

РОЗДІЛ 5. Попередження стигматизації і дискримінації при роботі з ВІЛ-позитивними пацієнтами 466

Тема 5.1. Етичні та деонтологічні аспекти ведення ВІЛ-позитивних хворих.....	466
Тема 5.2. Стигма, дискримінація та толерантне ставлення до ВІЛ-позитивних пацієнтів	474
Тема 5.3. Шляхи зменшення стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, до представників груп найвищого ризику в медичних закладах України	498
Вихідне анкетування. Вручення сертифікатів	501

Додатки (розміщені на електронному носії)

1. Презентації до тем
2. Вхідна/вихідна анкета учасника
3. Ключ до анкети
4. Основна діюча нормативна документація (закони, накази, постанови)

Глосарій 503

Рекомендована література..... 515

Рекомендована нормативно-правова база 518

ПЕРЕДМОВА

Метою циклу тематичного удосконалення «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» є покращення знань, підвищення рівня сформованості умінь і навичок при роботі з ВІЛ-інфікованими хворими, а також зниження стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією.


Одним із найбільших соціальних ризиків, який на національному рівні перетворюється на загрозу національній безпеці України, є епідемія ВІЛ/СНІДу. Якщо в 1995 р. за оцінкою ВООЗ Україна належала до країн з низьким рівнем поширення ВІЛ, то в сучасний період вона страждає від однієї з наймасштабніших в європейському регіоні епідемії. За даними Європейського центру епідеміологічного моніторингу ВІЛ/СНІДу частота нових випадків ВІЛ в Україні перевищує показники майже всіх європейських країн, а рівень захворюваності на СНІД практично найвищий – у 2013 р. він склав 47,6 на 100 тис. чол. Хоча рівень поширення ВІЛ серед населення України не настільки високий, як наприклад у африканських країнах, але тенденції поширення ВІЛ свідчать про реальну можливість виходу епідемії за межі груп ризику і переходу її з концентрованої стадії в генералізовану. За даними ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» з 1987 р. по січень 2015 р. офіційно було зареєстровано 264 489 ВІЛ-позитивних осіб, з яких число хворих на СНІД становило 75 577 чол., 35 425 осіб померло від СНІДу.

У жовтні 2014 р. Законом України затверджено Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. Її метою є зниження рівнів захворюваності й смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу шляхом забезпечення державної системи надання якісних і доступних послуг людям, які живуть з ВІЛ, а також формування цих послуг у контексті реформування системи охорони здоров'я та соціальної сфери. Провідними завданнями документа є наближення до нуля нових випадків інфікування ВІЛ та зменшення на 50% кількості нових випадків інфікування ВІЛ серед груп ризику, забезпечення вільного консультування та безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію, передусім молоді та представників груп ризику, формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ та представників груп найвищого ризику, зниження рівня стигми та дискримінації у суспільстві тощо.

Таким чином, вкрай необхідним є здійснення підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини з питань сучасного стану епідеміології, етіології, патогенезу, клінічних проявів, консультування і тестування на ВІЛ, лікування і профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, ознайомлення з нормативно-правовими документами та зменшення стигми та дискримінації при роботі з ВІЛ-позитивними хворими.

Цикл розрахований на лікарів загальної практики – сімейних лікарів, а також на дільничних терапевтів та дільничних педіатрів.

Програма складається з 5-ти основних розділів: «Сучасні підходи до етіології, епідеміології та патогенезу ВІЛ-інфекції. Клінічна класифікація ВІЛ-інфекції»; «Нормативно-правова база у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу. Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»; «Загальні підходи до АРТ, лікування та профілактики опортуністичних інфекцій»; «Організація медичного нагляду за вагітними



ВІЛ-позитивними жінками, за дітьми, які народжені ВІЛ-позитивними матерями, а також проведення диспансерного нагляду за ВІЛ-позитивними пацієнтами та надання їм паліативної допомоги»; «Стигматизація та дискримінація при роботі з ВІЛ-позитивними пацієнтами». Окрім того, запропоновані алгоритми проведення вступного заняття, що передбачає вхідне анкетування, та заключного заняття із вихідним анкетуванням. Анкетування перед та після проходження навчання дозволить провести аналіз і визначити рівень змін, досягнутих у ході вивчення запропонованої тематики. Кожен розділ складається з тем та підтем, загальний обсяг яких передбачає 39 академічних годин, або 30 астрономічних годин, які поділяються на сесії тривалістю 1 год. 30 хв. Анкети розміщено в електронних додатках до циклу ТУ.

Для кращого і більш повного розуміння учасниками філософії та змісту програми використано інтерактивний підхід: навчання передбачає практичні заняття, які відбуваються у формі тренінгу (інтерактивної форми, яка сприяє ефективному засвоєнню інформації учасниками та формуванню вмій і навичок через спеціально організовану взаємодію). Відповідно, викладача циклу ТУ в тексті посібника названо «тренером», який проводить заняття зі слухачами у тренінговій формі. Тренінг передбачає групову й індивідуальну роботу слухачів, проведення презентацій, обговорень, «мозкових штурмів», ситуаційних задач та рольових ігор.

Особливості навчання дорослих і специфіка використання у ході навчання інтерактивних методів викладені у параграфі «Методична підготовка тренера», а також подані у матеріалах електронних додатків.

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

АБП	антибактеріальні препарати
АРВП	антиретровірусні препарати
АРТ	антиретровірусна терапія
АТ	артеріальний тиск
БП	бактеріальна пневмонія
ВГВ	вірусний гепатит В
ВГС	вірусний гепатит С
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВПГ	вірус простого герпесу
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВН	вірусне навантаження
ГМ	головний мозок
ГНР	групи найвищого ризику
ДВЗ	дисеміноване внутрішньосудинне зсідання
ДКТ	добровільне консультування і тестування на ВІЛ
ДНК	дезоксирибонуклеїнова кислота
ДРТ	допоміжні репродуктивні технології
ЕП	епідеміологічний процес
ЖКС	жінки комерційного сексу
ЗАК	загальний аналіз крові
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ЗТ	зворотна транскриптаза
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ІБ	іmunний блотинг (імуноблот)
ІІ	інгібітори інтегрази
ІП	інгібітори протеази
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГ	кардіограма
КМУ	Кабінет Міністрів України
КіТ	консультування і тестування
КТ	комп'ютерна томографія

ЛДГ	лактатдегідрогеназа
ЛЗ	лікарські засоби
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом
ЛЗП	лікарі загальної практики
МАК	атиповий мікобактеріоз
МБТ	мікобактерії туберкульозу
МДК	мультидисциплінарна команда
МЛС	множинна лікарська стійкість
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МПКП	медикаментозна постконтактна профілактика
МРТ	магнітно-резонансна томографія
МРТБ	мультирезистентний туберкульоз
НІЗТ	нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази
НК	нуклеїнова кислота
ННІЗТ	ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази
НУО	неурядові організації
ОГК	органи грудної клітки
ОІ	опортуністичні інфекції
ПВТ	профілактика вертикальної трансмісії
ПГЛ	персистуюча генералізована лімфаденопатія
ПД	паліативна допомога
ПКП	постконтактна профілактика
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
ПМЛ	прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія
ПП	пнеумоцистна пневмонія
ПС	планування сім'ї
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТП	протитуберкульозні препарати
ПЦМ	програмно-цільовий метод
РКС	робітники комерційного сексу
РНК	рибонуклеїнова кислота
СВІС	синдром відновлення імунної системи
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків
СК	саркома Капоші
СКК	суха краплина крові
СЛ	сімейні лікарі
СМР	спинномозкова рідина

СНІД	синдром набутого імунного дефіциту
ТБ	туберкульоз
ТУ	тематичне удосконалення
УЗД	ультразвукова діагностика
ФБС	фібробронхоскопія
ФГДС	фіброгастродуоденоскопія
ЦКУ	Цивільний кодекс України
Центр СНІДу	центр з профілактики та боротьби зі СНІДом
ЦНС	центральна нервова система
ЦП	цироз печінки
ЧСЧ	чоловіки, які мають секс з чоловіками
ШКТ	шлунково-кишковий тракт
ШЛС	широка лікарська стійкість
ШОЕ	швидкість осідання еритроцитів
ШСД	широкий спектр дії
ШТ	швидкий тест на ВІЛ
CMV	цитомегаловірус
FDA	Управління по контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами США

МЕТОДИЧНА ПІДГОТОВКА ТРЕНЕРА

ІНТЕРАКТИВНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ ДОРΟΣЛИХ

В основу пропонованого циклу тематичного удосконалення покладений інтерактивний підхід у навчанні, який довів свою ефективність як у світі, так і в Україні, і є надзвичайно ефективним у порівнянні із класичними формами навчання дорослих – лекціями та семінарами. Однак, незважаючи на переваги, інтерактивні методи навчання недостатньо широко використовуються при проведенні навчання з підвищення кваліфікації або перепідготовки фахівців різних профілів. Поданий нижче матеріал стане в нагоді викладачу при підготовці до викладання змісту циклу для досягнення максимального результату навчання і містить таку інформацію:

- інтерактивні методи навчання дорослих;
- аналіз переваг та обмежень кожної методики;
- рекомендації щодо застосування інтерактивних методів під час навчання дорослих;
- основні види інтерактивних методів навчання дорослих, а саме:
 - мозковий штурм;
 - робота в малих групах;
 - дискусія;
 - ведення випадку;
 - рольова гра;
 - презентація;
 - індивідуальна робота.

Поняття «інтерактивність» прийшло з англійської мови від слова «interact», де «inter» – взаємний, «act» – діяти. Таким чином, інтерактивність – це здатність до взаємодії, діалогу. Суть інтерактивного навчання полягає в тому, що навчальний процес відбувається за умови активної взаємодії всіх учасників. Це співнавчання, взаємонавчання, де всі учасники є рівноправними суб'єктами.

Інтерактивне навчання здебільшого розглядається як: навчання, побудоване на взаємодії учасника навчання з навчальним оточенням, навчальним середовищем; навчання, що ґрунтується на психології людських взаємин і взаємодій; навчання, сутність якого полягає в організації спільного процесу пізнання, коли знання здобуваються у спільній діяльності через діалог, полілог учасників між собою й викладачем. При інтерактивному навчанні всі учасники навчального процесу взаємодіють між собою, обмінюються інформацією, спільно вирішують проблеми, моделюють ситуації, оцінюють дії колег і свою власну поведінку, занурюються в реальну атмосферу ділового співробітництва з розв'язання низки проблем відповідно до їх інтересів, потреб і запитів. При цьому відбувається постійна зміна видів навчальної діяльності.

Позитивний ефект застосування інтерактивних методів для навчання людей давно доведений і не викликає сумнівів. Тренінг/викладання циклу Тематичного удосконалення (ТУ) як форма надання знань і навичок із використанням інтерактивних методів сприяє тому, щоб навчання було цікавим і корисним. Існує низка факторів, завдяки яким тренінг/викладання циклу (ТУ) як різновид групової ро-

боти має позитивний вплив, серед яких виділяють постійну апеляцію до попереднього досвіду учасників; створення умов, за яких учасники можуть здобувати досвід безпосередньо на тренінгу; і зрештою вплив групи: навчання на досвіді інших, отримання зворотного зв'язку від інших учасників тощо. При використанні інтерактивних методів навчання учасники активно залучені до процесу, а не є пасивними одержувачами інформації. Вони самі є джерелом знань. Все це сприяє тому, що процес навчання стає цікавим і корисним, адже відсоток інформації, що запам'ятовується у процесі такого навчання, значно вищий, ніж у процесі пасивного слухання лекцій, навіть дуже цікавих.

Через різноманіття інтерактивних методик перед тренером часто постає питання вибору тих методів, які будуть найбільш ефективними і допоможуть якнайкраще висвітлити матеріал, досягти мети та задач тренінгу.

Тому, аби зробити виважений вибір методики варто зважати на такі моменти, як:

- мета та задачі тренінгу/викладання циклу ТУ;
- тривалість тренінгу/викладання циклу ТУ;
- рівень підготовки учасників;
- минулий досвід учасників;
- доступні фінансові ресурси;
- необхідне обладнання;
- ступінь міжособистої взаємодії учасників;
- рівень очікуваної активності учасників;
- розмір групи;
- доступні допоміжні засоби.

Також викладачу не варто обмежуватись вибором лише однієї інтерактивної методики протягом навчального процесу. Використання різноманітних методик не тільки сприяє зосередженню уваги і високому рівню продуктивності членів групи, але й сприяє кращому засвоєнню матеріалу.

МОЗКОВИЙ ШТУРМ

Опис

Мозковий штурм – один із найбільш використовуваних методів у тренінгах. Цей метод є свого роду більш вільною формою проведення дискусії. Його функція полягає в генерації численних ідей. Під час проведення мозкового штурму до обговорення залучають усіх присутніх, виявляють нові, незвичні ідеї.

Мозковий штурм дає змогу «оживити» процес навчання, адже цей динамічний метод роботи залучає кмітливість, креативність учасників за умови його правильного застосування.

Успіх мозкового штурму залежить від дотримання двох основних принципів.

Перший принцип – це стимулювання синергії в групі, що передбачає групове (спільне) продукування ідей більш високої якості, ніж під час індивідуальної роботи тих самих учасників. Під час взаємодії членів групи ідеї, які можуть бути відкинуті в індивідуальній роботі як непрактичні, доопрацьовуються, покращуються і стають більш придатними до застосування. Другий принцип полягає в тому, що якщо група перебуває в стані генерування ідей, креативне мислення не можна переривати суб'єктивною оцінкою.

Виділяють шість правил проведення мозкового штурму.

1. **Відсутність будь-якої критики.** Вільний потік ідей можливий лише за відсутності страху критики. Критика в такому контексті включає не тільки пряму негативну оцінку ідеї, але і висміювання будь-якої ідеї чи, навпаки, надмірне заступництво. Також важливо не показувати, що ідея не має цінності, ігноруючи при цьому внесок учасника, або демонструючи критичне ставлення невербальними жестами (піднімати брови, знижувати плечима тощо).
2. **Заохочення ідей.** Група має відчувати, що внесок кожного учасника є однаково важливий. Акцент має бути зроблений на кількості ідей, а не на їхній якості.
3. **Рівноправність учасників.** Кожен учасник має відчувати, що його ідея заслуговує на розгляд, в такому випадку всі учасники матимуть стимул просувати свої ідеї. Кращий спосіб попередити домінування одного чи декількох членів групи – встановити систему, коли кожен учасник висловлює свою ідею/думку по черзі. Така система може уповільнити процес, однак це компенсується за рахунок включення всіх учасників навчання в активну роботу. Якщо один із учасників не може з якихось причин внести пропозицію/ідею, він/вона повинні сказати про це. Тренер приймає це без коментарів, а процес продукування ідей має продовжуватися далі.
4. **Свобода асоціацій.** Для того аби отримати максимальну кількість ідей, не варто встановлювати обмеження. Будь-яка ідея заслуговує на розгляд. Ідея, що виглядає зовсім непрактичною та непридатною для застосування, може забезпечити основу для формування іншої ідеї у кого-небудь із учасників навчання.
5. **Запис всіх ідей.** Запис – це не тільки фіксування важливих ідей, але також і можливість звернутись до них знову в надії на формування подальших ідей. Для того щоб це відбулося, всі ідеї варто записувати на фліпчарт/дошку тими самими словами, що говорив автор.
6. **Час на обдумування.** Як тільки всі ідеї були озвучені, необхідно виділити деякий час на їх розгляд та обдумування, а також пошук будь-яких альтернативних підходів або внесення будь-яких доповнень до вже готового списку.

Під час проведення мозкового штурму бажано ознайомити групу з цими основними правилами, а також дотримуватись їх протягом всього процесу проведення інтерактивної методики.

Процес проведення мозкового штурму

Мозковий штурм має чіткі етапи, послідовність яких не може бути змінена. Перший етап: тренер чітко формулює завдання, відповідь на яке потрібно знайти учасникам. Учасники висловлюють усе, що спало на думку. При цьому важливо дотримуватися одного з основних правил проведення мозкового штурму – ЖОД-НИХ коментарів упродовж збирання ідей, навіть якщо вони виглядають смішними, недоречними, неправильними, адже який-небудь коментар може припинити процес продукування ідей. Так само на цьому етапі важливо записувати усі ідеї на аркуш/дошку без змін, тобто так, як вони прозвучали. Здійснювати запис може тренер або учасник тренінгу, якщо він знає, як це робиться.

Другий етап проведення мозкового штурму полягає в обговоренні зібраних ідей та їх оцінці. При цьому тренеру потрібно в не директивній манері прокоментувати ідеї учасників, які не відповідають дійсності, та підбити підсумки моз-

кового штурму, зробивши акцент на правильних твердженнях. Після цього вже відбувається більш глибоке опрацювання вибраних ідей із використанням інших методів (дискусія, рольові ігри тощо). Проведення мозкового штурму може відбуватися і в невеликих підгрупах, які формуються тренером за певною ознакою. Якщо мозковий штурм проводиться окремо кожною групою, то після обговорення ідей у підгрупах має відбутися етап представлення вибраних ідей усій групі і складання загального списку ідей, з яким потім працює вже вся група.

Переваги

Мозковий штурм допомагає учасникам навчання:

- залучити до процесу обговорення всіх учасників навчання;
- розробити творчі, інноваційні ідеї;
- згенерувати велику кількість ідей;
- вийти за межі стандартного мислення;
- створити базу для продукування альтернативних ідей;
- опрацювати варіанти, що задовольняють інтереси, включаючи зовсім невідомі варіанти;
- збільшити можливості вибору варіантів.

Мозковий штурм – це метод, який легко зрозуміти та використовувати, він не потребує спеціального обладнання, а його результативність легко оцінити.

Обмеження:

- залучення всіх членів групи до мозкового штурму є як його перевагою, так і обмеженням;
- покладання відповідальності за процес продукування ідей на інших;
- ефективність проведення мозкового штурму залежить від активності її учасників (наприклад, коли група відчуває, що є ідеї, які можна запропонувати на розгляд, вони будуть більш активними і, навпаки, якщо ніхто з учасників групи не готовий ділитися/продукувати ідеї, група може провести багато часу в незручному мовчанні).

Рекомендації до процесу проведення мозкового штурму

- Заохочуйте учасників ділитися вільними асоціаціями, будь-якими ідеями; почувати себе вільно.
- Не критикуйте, не піддавайте цензурі ідеї учасників навчання.
- Заохочуйте учасників слухати, комбінувати, адаптувати та розвивати чужі ідеї.
- Не оцінюйте якість ідей, орієнтуйтеся на їхню кількість.
- Чим більше ідей буде запропоновано, тим краще. Не переживайте через їхню подібність, повторення, закінченість або навпаки детальність. Намагайтеся спочатку виявити всі можливі варіанти.
- Записуйте кожну ідею, використовуючи дослівно слова автора.
- Записуйте ідеї на великих аркушах паперу, які слугують учасникам навчання базою для продукування інших ідей. Оригінальні слова автора, ідеї породжують асоціації і нові ідеї в інших учасників групи. Записи дозволяють повернутись до переліку ідей через деякий час. Записи об'єднують всі озвучені ідеї, всі напрацьовані ідеї належать групі.

- Не зупиняйтеся в разі виникнення паузи. Не хвилюйтеся, коли ідеї починають вичерпуватися. Ваше завдання на цьому не закінчується. При виникненні першої ж паузи, намагайтесь активізувати учасників. Зупинка мозкового штурму завчасно не дасть можливості почути всі ідеї.

ЧОГО ВАРТО УНИКАТИ

Під час мозкового штурму тренеру варто уникати:

- оцінок;
- критичних зауважень;
- висміювання та інших негативних реакцій на будь-яку висунуту ідею.

Член команди, який чує негайну критику в свою адресу, може відчутти, що йому заважають, і усунутися від обговорення. Хоча перша ідея, що прийшла на розум, може і не бути кращою, але критика перериває потік ідей, що народжуються.

РОБОТА В МАЛИХ ГРУПАХ

Опис

Робота в малих групах – досить продуктивний метод роботи під час тренінгу, який передбачає поділ великої групи учасників на декілька малих груп. Робота в малих групах стимулює активність учасників, їхню взаємодію, вироблення власних ідей та виявлення творчості в інших формах.

Передбачається, що у невеликих групах під час виконання завдання продуктивність вища. Яким же має бути розмір малої групи? Все залежатиме від загального розміру тренінгової групи (загальної кількості учасників тренінгу), від складності завдання, від часу, який був виділений на вправу (чим більше підгруп, тим більше часу піде на обговорення результатів роботи у підгрупах). Найбільш прийнятною кількістю для поділу на підгрупи є чотири-п'ять осіб.

Процес

Для роботи у малих групах учасників навчання необхідно поділити на підгрупи (або малі групи). Метод поділу на малі групи може бути дуже різним. Після цього потрібно чітко сформулювати завдання. Якщо воно різне для усіх підгруп, то його варто написати заздалегідь на аркушах паперу і роздати учасникам, адже зачитування завдань для кожної підгрупи лише забере час – зазвичай люди, почувши своє завдання, одразу беруться до роботи і створюють шум в аудиторії, через що інші можуть не почути або не зрозуміти свого завдання. До початку виконання завдання у підгрупах важливо оголосити, яким саме має бути «продукт» такої роботи, тобто що треба буде презентувати усій групі по завершенні обговорення. Також слід визначити, хто у групі вестиме обговорення (фасилітатор), хто записуватиме основні думки (секретар), а хто потім презентуватиме роботу групи (презентатор). Варто зауважити, що якщо група добре організована, то учасники можуть самостійно розподілити ролі, їх треба лише попросити це зробити. Після цього підгрупи проводять обговорення, виконуючи завдання. Наступним етапом є представлення напрацювань підгрупи і його обговорення з усією групою. Якщо виникають запитання чи коментарі до підгрупи, то вони обговорюються.

Під час поділу на малі групи тренеру варто звернути увагу, що склад підгруп має постійно змінюватися, оскільки це дає можливість людям здобувати новий досвід. Тренеру треба вміти швидко розподіляти учасників на підгрупи, використовуючи різні варіанти поділу: від банального «на 1-4 розрахуйсь» до поділу за тим, хто в яку пору року народився. Також можна для розподілу на групи вико-

ристовувати жетони або різноманітні фішки, роздавши їх учасникам, ті ж повинні відповідно до кольору чи форм фішок розділитися на групи. Намагайтеся постійно розділяти учасників за різним принципом і тоді поділ на групи може виконати роль своєї розминки.

Метод малих груп зручний у застосуванні, коли учасникам потрібно:

- познайомитися один з одним;
- переглянути матеріал, представлений під час навчання;
- розв'язати завдання, поставлені тренером;
- спланувати, як представити інформацію іншим групам у формі рольової гри;
- навчитися взаємодіяти, адаптуватися серед незнайомих людей.

Переваги:

- у малих групах більш високий рівень продуктивності учасників навчання;
- кожен учасник має більше шансів проявити свою активність;
- учасники малої групи тісно взаємодіють один з одним;
- прийняття рішень у малих групах займає менше часу;
- активне залучення учасників у обговорення заохочує навчальний процес.

Обмеження:

- в разі великої кількості підгруп у групі багато часу витрачається на обговорення та подальше представлення результатів напрацювання малих груп;
- в разі нерівномірного поділу на міні-групи, менші групи почуватимуть себе обділеними;
- невелика група учасників має менше навичок і знань, щоб поділитися;
- якщо кількість членів малих груп перевищує вісім, їм стає важко всім одночасно брати участь у роботі і, відповідно, певні учасники виключаються з роботи – при цьому мала група має ризик формування декількох інших маленьких підгруп у своєму складі;
- часто міні-групи в тренінгу формуються спонтанно; це може відбуватися добровільно (учасники об'єднуються за принципом хто з ким хоче), або конформно (учасник об'єднується за принципом хто поруч сидить), або на основі ліберального підходу – працює тільки той, хто хоче; однак тренеру варто враховувати, що такий поділ на міні-групи не принесе бажаного результату.

Рекомендації щодо роботи в малих групах:

- 1) у процесі роботи у складі малих груп доцільно мати двох тренерів: вони зможуть приділити більше часу, допомагаючи кожній групі, і вносити у процес різні особисті якості та досвід, збагачуючи матеріал, який викладають;
- 2) варто давати конкретні інструкції та завдання;

- 3) під час поділу великої групи на міні-групи не дозволяти учасникам формувати підгрупи спонтанно; тренеру краще здійснювати осмислений поділ учасників для роботи в міні-групах, що дозволить досягти кращих результатів роботи.

ДИСКУСІЯ

Опис

Дискусія (лат. «discussio» – розгляд, дослідження) – це колективне обговорення важливого питання з метою знаходження шляхів його вирішення.

Ціль дискусії як методу полягає в одержанні аргументованих точок зору чи позицій на заданий предмет чи проблему.

Дискусію справедливо вважають королевою тренінгу, адже цей метод роботи використовують досить часто у поєднанні з іншими методами роботи на різних етапах тренінгу. Для початку слід чітко сформулювати проблему, яка буде обговорюватися. Надалі узгоджується те, як проходитиме обговорення, за якими правилами. Зазвичай наголошують на тому, що необхідно висловлюватися коротко і за темою, не перебивати інших учасників, бути толерантним, не повторюватися і бути аргументованим. Звісно, тренер нагадує, що він має правило «стоп», яким він може скористатися у разі потреби, якщо, наприклад, дискусія йде у хибному руслі або хтось із учасників у своїх висловлюваннях ображає іншого. Під час обговорення тренер, який виконує роль фасилітатора, повинен слідкувати за дотриманням правил. По завершенні дискусії слід обов'язково підбити підсумки. Їх можна також записати на аркуші паперу.

Дискусія може проводитись у таких форматах як:

- **«круглий стіл»:** бесіда, у якій на рівних бере участь невелика група учасників (до 5 осіб), відбувається обмін думками як між учасниками, та і з «аудиторією» (рештою групи);
- **«засідання експертної групи»** («панельна дискусія»): спільне обговорення досліджуваної проблеми учасниками групи (4-5 учасників з визначеним заздалегідь головою) та обговорення доповіді (досить стислої, у якій кожен доповідач висловлює свою позицію);
- **«форум»:** обговорення, що нагадує «засідання експертної групи», у ході якого ця група обмінюється думками з «аудиторією»;
- **«дебати»:** формалізоване обговорення, побудоване на основі виступів учасників-представників двох протилежних команд-суперників та заперечень до цих виступів;
- **«засідання суду»:** обговорення, що імітує слухання справи в суді, на якому чітко розподіляються ролі всіх учасників.

Дискусія передбачає взаємодію тренера/фасилітатора/викладача з учасниками. Головна роль у дискусії належить тренеру/фасилітатору/викладачу, його вмінню ставити запитання, вести діалог, тримати паузи, очікуючи відповіді. Протягом дискусії роль тренера не повинна зводитися до директивних реплік або висловлювання особистих суджень.

Правила дискусії:

- доброзичливе ставлення та увага до кожного учасника;
- утримання від схвальних або несхвальних висловлювань;
- повага думок і точок зору всіх членів дискусії;
- активне слухання (слухати інших, не перебиваючи);

- не давати можливості говорити одному учаснику занадто довго і занадто часто;
- одночасно має говорити лише одна особа;
- зосередження дискусії на темі, фіксація уваги учасників на запитаннях, які обговорюються;
- стислість, змістовність, аргументованість як у процесі дискусії, так і під час підбиття підсумків;
- загальний висновок – не кінець роздумам над проблемою, а наступний крок у дослідженні нової теми.

Процес

Задача тренера – створити атмосферу співробітництва і взаємної підтримки, щоб кожен учасник міг вільно висловлювати свою думку; відзначати внесок кожного.

Підготовка до дискусії:

- визначте мету дискусії;
- виберіть тему для обговорення, що чітко відображає вашу мету;
- сформулюйте основні відкриті запитання, що будуть стимулювати дискусію;
- підготуйте додаткові запитання, що будуть підтримувати хід обговорення.

У вступному слові бажано настроїти аудиторію на продуктивну роботу, тренер/фасилітатор/викладач може влучно пожартувати, створити доброзичливу, але, в той же час, ділову атмосферу.

Алгоритм проведення:

- постановка конкретного дискусійного запитання (тобто такого, яке не має однозначної відповіді і допускає різні варіанти вирішення, зокрема протилежні);
- усі висловлювання учасників мають бути у руслі обговорюваної теми;
- усі твердження повинні супроводжуватися аргументацією, фактами, обґрунтуванням;
- слід утримуватися від оціночних висловлювань, особливо негативних, несхвальних.

Переваги:

- дискусія дає можливість учасникам подивитись на певні запитання під іншим кутом;
- залучає до процесу обговорення всіх учасників навчання;
- сприяє груповій динаміці;
- в процесі дискусії учасники мають можливість покращити специфічні знання та навички, як-от: формулювати думки, аргументовано відстоювати власну думку, навички публічного виступу та критичного мислення; поглиблювати знання з обговорюваної проблеми.

Обмеження:

- існує ризик відійти від теми дискусії;

- успішність проведення дискусії залежить від активності групи; учасники можуть бути пасивними та неготовими до обговорення;
- тренер/фасилітатор/викладач має бути підготовленим, володіти навичками та вміннями, необхідними для проведення дискусії;
- один або декілька активних учасників можуть «перетягувати» увагу решти учасників на себе, не давати можливості долучитись іншим до обговорення;
- дискусія малоефективна щодо групового розв'язання проблем;
- є ризик, що обговорення може перетворитися на гарячу суперечку.

Рекомендації щодо проведення дискусії

Тренер/фасилітатор/викладач повинен:

- залишатися безстороннім, тобто не висловлювати свого власного відношення/поглядів на ті чи інші питання; по можливості, не брати особистої участі в дискусії;
- активізувати групу; створити такі умови, за яких всі члени групи братимуть активну участь у загальному обговоренні;
- звертати увагу на найбільш мовчазних або, навпаки, найговіркіших учасників, а також лідерів; керувати ситуацією – заохочувати та наснажувати до участі мовчазних і спрямовувати занадто активних учасників у потрібне русло дискусії;
- вести необхідні записи, що дозволяють підбити підсумки;
- ставити більше відкритих запитань.

Продуктивність генерації ідей збільшується, якщо тренер/фасилітатор/викладач:

- надає час учасникам для обміркування відповідей;
- не ігнорує жодного запитання;
- розширює думку або змінює її напрям;
- уточнює висловлювання;
- уникає узагальнень;
- спонукає учасників до поглиблення думки.

Питання, на які необхідно звернути увагу тренеру/фасилітатору/викладачу для успішного проведення дискусії

Обстановка/атмосфера

- Чи правильно визначений розмір дискусійної групи?
- Чи володіють учасники дискусії якими-небудь знаннями по темі для обговорення?
- Чи всім учасникам групи видно один одного?

Підготовка ведучих

- Чи чітко визначені цілі?
- Чи є у ведучого стратегія, що сприяє навчанню учасників у ході дискусії?
- Чи володіє ведучий усіма даними для навчання групи в ході дискусії?

Вступна частина

- Чи можна назвати вступну частину цікавою, що створює мотивацію для учасників дискусії?
- Чи з достатньою наснагою ведучий ставиться до теми дискусії?
- Чи досить чітко сформульована тема дискусії?

Основна частина

- Чи вдається ведучому втримувати дискусію в руслі теми для обговорення?
- Чи виявляється ведучим підтримка загальної участі в дискусії?
- Чи знаходяться під контролем ведучого ситуації, коли дискусія відхиляється від основної теми?
- Чи відзначається ведучим позитивний внесок учасників дискусії?
- Чи заохочує ведучий взаємодопомогу і підтримку учасників дискусії?
- Чи приділяє ведучий увагу реакціям групи?

Заклучна частина дискусії

- Чи підбивається загальний підсумок дискусії у висновках ведучого?
- Чи відповідають висновки ведучого цілям дискусії?
- Чи були зроблені висновки по стратегічно важливих моментах дискусії?
- Чи є необхідність у подальшому підбитті підсумків дискусії?

ВИВЧЕННЯ ВИПАДКУ

Опис

Вивчення випадку (кейс-метод/кейс-стаді – англ. «case-study») – це спеціальна інтерактивна методика, що передбачає моделювання життєвих ситуацій, їх розгляд, вирішення за визначеним сценарієм, публічний захист прийнятого рішення.

Мета методу – навчити учасників навчального процесу аналізувати інформацію, структурувати її, виявляти ключові проблеми, генерувати альтернативні шляхи вирішення, оцінити їх, вибрати оптимальне рішення і виробити програму дій.

Моделювання практичних ситуацій може здійснюватися двома способами:

- 1) на основі опису реальних подій;
- 2) на базі штучно сконструйованих ситуацій.

Вивчення випадку застосовується тоді, коли учасникам навчання необхідно спробувати застосувати свої знання у певному контексті. Для цього тренеру треба заздалегідь підготувати певну кількість випадків/історій. Важливо, щоби вони були максимально наближені до реальності й досвіду учасників, лише в такому разі можна очікувати, що вони будуть корисними і запам'ятаються.

Процес

Вивчення випадку, як правило, проводиться у невеликих підгрупах, що дає змогу працювати максимально продуктивно. Тому, власне, все розпочинається із поділу учасників на групи. Після цього тренер роздає учасникам історії, записані на аркушах паперу, і чітко формулює запитання чи проблему, яку треба вирішити. Добре якщо це запитання чи проблема написані на тому ж аркуші, що

й випадок. Після цього учасників можна попросити визначитись із ролями, якщо в цьому є потреба, тобто, хто буде фасилітатор, секретар і хто презентуватиме результати роботи в групі. Після обговорення в малих групах результати роботи представляються усій групі та обговорюються з усіма.

Переваги:

- всі учасники активно залучені до вивчення випадку;
- можливість кожного учасника порівняти свою точку зору з думками інших учасників;
- актуальність проблем, що розглядаються у випадку, як правило, тісно пов'язана з професійною діяльністю учасників навчання;
- учасники можуть застосувати пройдений теоретичний матеріал під час вивчення випадків.

Обмеження:

- підготовка випадку вимагає більших затрат часу;
- обговорення випадків/ситуацій, як правило, займає багато часу;
- вивчення випадку вимагає від тренера високої професійної кваліфікації, певного досвіду, глибоких знань у проведенні дискусії та аналізу ситуації;
- якщо учасники навчання не володіють необхідними знаннями, досвідом, можна не отримати бажаного результату.

Рекомендації щодо застосування:

- завчасно підготуйтеся до вивчення випадків, опишіть ситуації на окремих аркушах паперу, де чітко сформулюйте запитання чи проблему, яку треба вирішити;
- важливо пам'ятати, що випадки мають бути максимально наближені до досвіду, знань учасників;
- випадок має бути написаний простою і зрозумілою мовою;
- випадок повинен відповідати потребам навчання, містити необхідну і достатню кількість інформації.

РОЛЬОВА ГРА

Опис

Рольова гра – це гра за правилами, підпорядкованими досягненню заздалегідь окресленого ігрового результату. Ігрові ситуації моделюють або відтворюють реальні, чи типові робочі ситуації, в яких кілька людей грають визначені ролі за певним сценарієм на завчасно обрану навчальну тему. Програвання ролей і наступне обговорення результатів рольової гри дозволяє слухачам краще зрозуміти можливі поведінки двох сторін, допомагає побачити типові помилки, які допускаються у ситуації міжособистісної взаємодії, усвідомити конструктивні та неконструктивні моделі поведінки й відпрацювати нові стратегії поведінки. Рольова гра дозволяє створити безпечне оточення, в якому учасники можуть розглядати, а також визначати альтернативні підходи в роботі з ситуаціями.

За допомогою рольової гри учасники навчання можуть:

- набути досвід використання певних навичок в ігровій ситуації;
- проаналізувати альтернативні способи дій, ідеї, запропоновані для виконання завдання гри, зміни ситуації на краще;
- відпрацювати на практиці певні види поведінки в безпечному середовищі перед тим, як розпочати їх застосування на практиці або в реальному житті;
- набути впевненості у своїх силах під час практичних дій або репетиції певної події;
- закріпити засвоєний матеріал шляхом забезпечення зворотного зв'язку;
- змінити ставлення до певної ситуації, людей;
- побачити наслідки своїх дій стосовно інших;
- побачити, як інші люди можуть почуватися/поводитися у визначеній ситуації.

Ця ефективна навчальна методика повинна бути добре продумана й організована, щоб забезпечити позитивний вплив.

Процес

Розпочати проведення рольових ігор варто зі встановлення чітких правил/інструкцій щодо ситуації, характеру персонажів, контексту тощо. Після цього відбувається розподіл ролей: тренер пропонує учасникам задані ролі. Тут надзвичайно важливо зрозуміти, яку ви маєте перед собою мету, виконуючи вправу: це демонстрація певних стереотипів поведінки чи вироблення нових стратегій поведінки. Від цього залежатиме те, як ви розподілите ролі: у першому випадку ви можете дати учасникам можливість демонструвати звичні реакції у певній заданій ситуації, а в другому – задати умови реакції того чи іншого учасника гри, аби спробувати побачити інші форми поведінки. Ролі учасників можуть бути обговорені всіма разом. А можуть бути роздані кожному на окремому аркуші паперу, що додасть інтриги у проведенні гри. Ролі мають бути обговорені або написані дуже чітко, коротко і зрозуміло. Якщо всім учасникам усе зрозуміло, то тренер оголошує початок гри. Під час гри тренер слідкує за дотриманням правил і умов її проведення. У разі виникнення будь-яких відхилень тренер вносить корективи і робить відповідні коментарі або зауваження. Після проведення гри учасники проводять обговорення, обмінюючись думками та враженнями щодо виконаної роботи.

Проведення рольової гри

- Підготуйте «акторів» таким чином, щоб вони чітко розуміли завдання, свої ролі та ситуацію.
- Тренер має забезпечити активне включення для спостерігачів аби останні були задіяні протягом рольової гри. Це досягається за рахунок спеціальних завдань, які спостерігачі отримують від тренера (за ним спостерігати, які особливості поведінки або які дії фіксувати, намагачись визначити, які дії учасників гри сприяють, а які перешкоджають успішному виконанню завдань). Під час гри спостерігачі не повинні заважати виконавцям порадами, схваленням або несхваленням їхніх дій.
- По завершенні рольової гри подякуєте «акторам» і запитайте про їхні відчуття під час гри – переконайтеся, що вони вийшли зі своїх ролей і повернулися у своє сьогоденне «я».

- Проведіть обговорення з усіма учасниками.
- Попросіть спостерігачів поділитися своїми враженнями, спостереженнями, думками.
- Запитайте учасників, чому саме вони навчились і виділіть основні моменти.
- Запитайте учасників, як ситуація співвідноситься з їхнім власним життям, які висновки вони зробили тощо.
- Підбийте підсумки.

Переваги:

- привертає увагу групи;
- сприяє відпрацюванню/набуттю в учасників певних навичок в ігровій ситуації;
- дає можливість відпрацювати на практиці певні види поведінки в безпечному середовищі перед тим, як розпочати їх застосовувати в реальному житті;
- створює можливості набутти впевненості у своїх силах під час практичних дій або репетиції певної події;
- дає можливість проаналізувати альтернативні способи дій, ідеї, запропоновані для виконання завдань гри, зміни ситуації на краще;
- додає до навчального процесу елемент розваги;
- імітує реальний світ.

Обмеження:

- актори можуть занадто захопитися своїми ролями;
- є ризик, що гра перетвориться на розвагу;
- деякі учасники можуть соромитись брати участь у рольовій грі.

Рекомендації щодо використання на практиці

Рольова гра повинна бути короткою, учасники зобов'язані розуміти мету гри та її завдання. Учасникам надаються дуже чіткі інструкції. Також варто врахувати, що рольова гра передбачає певну спонтанність, тобто «актори» можуть імпровізувати в ході гри. Як правило, в даному випадку не передбачається вивчення тексту, якому треба слідувати, тому «актори» повинні добре розуміти свої ролі для того, щоб рольова гра вдалася. Дуже важливо тренеру сформулювати декілька ключових запитань для обговорення. Запитань не має бути багато: достатньо двох-трьох. Після обговорення гри тренер підбиває підсумки, формулює основні висновки/знахідки, які з'явилися у результаті проведеної гри. Як вже зазначалось раніше, важливо, щоб по завершенні гри «актори» «вийшли» з цього стану. Тому для учасників можна наголосити на тому, що це лише гра, і ми повертаємося до реальності, «знімаємо» надані ролі та стаємо собою.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ

Опис

Презентація – це форма подання інформації як за допомогою різноманітних технічних засобів, так і без них. Навчальна презентація призначена допомогти тренеру забезпечити зручне і наочне викладання теоретичного і практичного матеріалу.

Процес

Проведення презентації на тренінгу іноді потребує значної попередньої роботи. Для початку треба визначити тему презентації і витратити час на її підготовку. Це можна робити з використанням спеціальної програми (Power Point, Презі тощо) або за допомогою дошки та крейди. Звісно, презентація виглядає яскравіше, якщо вона підготовлена за допомогою спеціальної комп'ютерної програми. Як правило, презентація має тривати не більше 30 хвилин. Якщо презентація триває більше часу, то її варто поєднувати з іншими активними методами навчання такими як мозковий штурм, дискусія тощо. Під час презентації дуже важливо отримати контакт з аудиторією. Це можна робити за допомогою цікавих прикладів, запитань до аудиторії, які стосуються предмету обговорення, що дасть можливість залучити аудиторію і посилити її спроможність запам'ятати те, про що йде мова. Також добре, якщо презентація міститиме не лише текст, а й візуальні образи, наприклад, картинки, фотографії, графічні зображення тощо. Це значно полегшить процес сприйняття інформації.

Переваги:

- підвищує рівень засвоєння навчального матеріалу завдяки наочності;
- дає можливість зекономити навчальний час;
- за короткий час можна викласти великий обсяг інформації.

Обмеження:

- успішність проведення презентації залежить від того, хто її проводить; проведення презентації може перетворитись на монолог тренера;
- задовга презентація втомлює учасників;
- підготовка гарної презентації потребує часу для планування та опрацювання інформації;
- слід уникати перенавантаження інформацією;
- необхідно дотримуватись часових обмежень.

Рекомендації щодо застосування:

- перед проведенням презентації варто заздалегідь потренуватися у її проведенні аби виглядати й почувати себе впевнено перед аудиторією;
- варто завчасно організувати всі необхідні умови для проведення презентації (робоче місце, засоби наочності – плакати, слайди, демонстраційну апаратуру тощо);
- у ході проведення презентації намагайтесь тримати постійний контакт з аудиторією, періодично запитувати щодо зрозумілості інформації, підтримувати постійний зворотний зв'язок, контакт очей тощо;
- намагайтесь не читати інформацію зі слайду або аркушу паперу;

- сліdkуйте за жeстами та мовою тіла;
- говоріть повільно та голосно аби всі учасники мали змогу вас почути;
- активно долучайте аудиторію до спілкування, не перетворюйте цей процес на монолог.

ІНДИВІДУАЛЬНА РОБОТА

Опис

Індивідуальна робота є одним із методів, який застосовується на тренінгах, коли нам потрібно, щоб учасники визначили свою власну позицію з певного питання, занурилися у власний досвід. Також прикладом індивідуальної роботи є заповнення різноманітних опитувальників, спрямованих на визначення власних успіхів і невдач. Зауважимо, що індивідуальна робота під час тренінгу застосовується значно рідше, ніж робота в парах чи групах.

Переваги:

- всі учасники залучені й мають завдання, над яким працюють;
- легко перевірити індивідуальне засвоєння матеріалу;
- кожен учасник може обирати відповідний темп і рівень навчання;
- дозволяє отримати велику кількість відповідей;
- заохочує до більш глибокого вивчення питання;
- виконання кожного завдання може бути оцінене окремо.

Обмеження:

- деякі учасники навчання можуть відчувати дискомфорт;
- слабка взаємодія між учасниками; учасники можуть відчувати себе ізольовано;
- більш мотивовані учасники можуть перевиконати завдання, в той час як менш мотивовані можуть ігнорувати або не повністю виконати поставлені завдання;
- не всі учасники можуть представити результати;
- як правило використовується для невеличких завдань.

Рекомендації:

- не використовувати часто;
- не використовувати при складних завданнях.

Отже, щоб досягти максимального засвоєння матеріалу, зробити тренінг цікавим і динамічним, легким для засвоєння матеріалу, треба використовувати різні інтерактивні методи навчання, про які йшлося вище: мозковий штурм, роботу в міні-групах, дискусію, кейс-метод, рольову гру, презентацію, індивідуальну роботу. Для того, щоб ефективно застосовувати той чи інший інтерактивний метод в процесі навчання дорослих, важливо бути добре обізнаним із різноманітними методами, усвідомлювати їх особливості, зважати на переваги та обмеження, а також враховувати рекомендації щодо їх використання, застосовувати інтерактивні методи відповідно до теми заняття, мети та завдань тренінгу.

Література

1. Матеріали тренінгу для тренерів «Добровільне консультування та тестування на ВІЛ», РАТН, 2005.
2. Вачков В.И. Основы технологии группового тренинга. Психотехники (учебно-методическое пособие). – М., 2000. – 224 с.
3. Матеріали «Тренінгу для тренерів», Інститут політичної освіти. Офіс Координатора проєктів ОБСЄ в Україні, Логгінова Л., Круп'як А.
4. Посібник для проведення тренінгу «Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі дошкільної та шкільної освіти»: для слухачів курсів підвищення кваліфікації, вчителів усіх педагогічних спеціальностей та вихователів дитячих садків / А.М. Бойко, О.В. Дудіна, Г.О. Припис та ін. – вид. 2 перероб. і доповн. – К.: Інжирінг, 2013. – 120 с.
5. Практика групового тренінга / Дэвид Ли. – СПб. : Питер, 2002. – 224 с.
6. Технологія проведення тренінгів з формування здорового життя молоді / Г.М. Бевз, О.П. Главник – К. : Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2005. – 172 с.
7. Фоппель К. Технология ведения тренинга. Теория и практика. – М., 2003.
8. Я хочу провести тренинг: пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИД, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путем. – Новосибирск, 2000.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ДОРΟΣЛИХ

ПРИНЦИПИ АНДРАГОГІКИ

Андрогогіку (від грец. «Andros» – дорослий, зрілий чоловік і «ago» – вести, дослівно – «ведення дорослої людини», «людино-ведення») розглядають як теорію навчання дорослих, що вивчає специфічні закономірності засвоєння знань і вмінь дорослим суб'єктом у процесі навчальної діяльності, а також особливості керівництва останнім з боку професійного педагога.

Поняття «андрагогіка» було запроваджено в науковий обіг у 1833 р. німецьким істориком педагогіки А. Каппом. З того часу теоретичні і практичні аспекти освіти дорослих стали предметом дослідження вчених з усього світу.

На сьогодні андрагогіка активно розвивається як область наукового знання, сфера соціальної практики і навчальна дисципліна.

Сучасне поле досліджень в області андрагогіки включає в себе:

- вивчення освітніх потреб різних категорій і груп населення з урахуванням віку, статі, соціального статусу, рівня професійної підготовки, стану здоров'я;
- вивчення і моделювання напрямків, форм та функцій освітньої діяльності дорослої людини на рівні базової й додаткової професійної освіти, самоосвіти, освітнього дозвілля, просвітницької діяльності, духовного розвитку;
- розробку змістовно-цільового, технологічного, кадрового забезпечення системи освіти дорослих.

Серед основних функцій навчання дорослих виділяють такі:

- компенсація недоліків попередньої освіти;
- забезпечення балансу рівня компетентності відповідно до сучасних вимог до професіонала;
- адаптаційна функція (врегулювання взаємин із зовнішнім світом, який стрімко змінюється);
- доступ до необхідної інформації, її пошук, відбір, систематизація, використання;
- оволодіння новими методами, способами дій;
- засвоєння дорослими нового соціального досвіду;
- долучення до сучасних вимог культури діяльності.

Андрогогіка вибудовує свою систему навчання дорослих на основі педагогіки, деякі вчені зазначають що андрагогіка є окремою галуззю педагогіки. Ці дві науки тісно пов'язані між собою, однак є певні відмінності. Однією із різниць між освітою дітей (педагогікою) та освітою дорослих (андрагогікою) дослідники визначають наявність досвіду, а також можливість його використання в процесі навчання дорослих. На думку В. Н. Приходька та Ю. С. Присяжнюк, досвід робить людину зрілою, але водночас породжує ті проблеми, які дорослі учні прагнуть у подальшому вирішити в процесі навчання.

Американський теоретик і практик освіти дорослих М. Ш. Ноулз вважав, що педагогічну модель навчання обґрунтовано і виправдано вживати при навчанні осіб до 18 років. На думку андрагога, від 18 до 25–30 років більш коректно використовувати в основному андрагогічні принципи навчання, а далі – тільки андрагогічну модель навчання.

Серед інших відмінностей між педагогічною та андрагогічною моделями навчання дослідники виділяють наступні (див. таблицю 1).

Таблиця 1. Відмінності між педагогічною та андрагогічною моделями навчання

Основні характеристики	Педагогіка	Андрагогіка
розподіл відповідальності	залежність від школи, вчителів шкільної програми	зміщення фокусу відповідальності на себе; дорослий учень може самостійно обирати навчальні програми, які йому необхідні
навчальна програма	навчання відбувається на основі заздалегідь підготовленої, затвердженої навчальної програми	програма навчання розробляється відповідно до потреб та інтересів дорослих учнів
досвід	незначний, збагачення досвіду відбувається за рахунок засвоєння досвіду інших	дорослі учні – цінне джерело знань та досвіду; збагачення досвіду відбувається за рахунок опрацювання нової інформації, порівняння її з власним досвідом
знання	засвоюються ті знання, які учні отримують під час уроків або читання	засвоюються ті знання, які можна використовувати на практиці
мотивація	цікавість та соціальний тиск	високий рівень мотивації, задача розвитку суспільних ролей
пріоритети	особлива увага акцентується на успішності навчання, оцінках, готовності успішно скласти іспити	особлива увага акцентується на підвищенні власної професійної компетентності, кваліфікації
часові перспективи	застосування знань відстрочене у часі	негайне застосування на практиці знань, вмінь і навиків
орієнтація в навчанні	центральна увага учнів зосереджена на предметі загалом	центральна увага дорослих учнів фіксується на конкретній проблемі та шляхах її вирішення
клімат під час навчання	авторитарний; формальний; конкурентний	неформальний; повага; співробітництво; взаємність
планування навчання	вчитель	спільне планування навчання (дорослий учень та тренер)
діагноз потреб	вважається, що потреби відомі	взаємне визначення потреб, а також самоусвідомлення
постановка цілей	вчитель	самостійна постановка цілей навчання; взаємні перемовини
методика навчання	лекція, опитування, демонстрація, передача інформації	рекомендовано використовувати інтерактивні методики навчання

Основні характеристики	Педагогіка	Андрагогіка
авторитет	авторитетом виступають вчителі та книги; вчитель сам є джерелом нової інформації, він її поширює і регулює її пізнання	найвищим авторитетом є власний досвід, через призму якого оцінюється викладач/тренер, книга, будь-яка нова інформація; для дорослого учня викладач/тренер виступає радником і гідом в області нової інформації, він наснажує і тактовно виправляє, вказує і пропонує нові джерела інформації для самостійного опрацювання
зміст та обсяг навчальної програми	вчитель надає обсяг знань, що передбачений навчальною програмою; навчальна програма не змінюється	викладач дає такий обсяг знань, який є потрібним та таким, що може засвоїться учнями, порівнює цей обсяг з можливостями та потребами дорослих учнів; навчальна програма в процесі навчання може корегуватись (розширюватись або скорочуватись, залежно від потреб дорослих учнів)

Андрагогічна модель навчання дорослих заснована на семи основних принципах та передбачає, що:

- 1) провідна роль в організації процесу навчання належить самому учаснику процесу навчання;
- 2) дорослі учні відчувають глибоку потребу в самостійності, самореалізації й самоуправлінні, а також усвідомлюють себе здатними до цього;
- 3) дорослі учні мають власний життєвий досвід (соціальний, професійний, побутовий), що може бути використаний як цінне джерело навчання як самого дорослого учня, так і його колег;
- 4) дорослі учні навчаються задля вирішення важливої життєвої проблеми і досягнення конкретної мети;
- 5) дорослі учні розраховують на невідкладне застосування отриманих під час навчання знань, вмінь, навичок та якостей;
- 6) навчальна діяльність дорослого учня значною мірою визначається часовими, просторовими, побутовими, професійними, соціальними факторами, які або обмежують або, навпаки, сприяють процесу навчання дорослих;
- 7) процес навчання дорослих організований у вигляді спільної діяльності дорослого учня (того, хто навчається), а також викладача/тренера (того, хто навчає) на всіх його етапах планування, реалізації, оцінки, і певною мірою, корекції.

Зазначають також, що дорослі учні:

- більш цілеспрямовані, ніж інші учні (діти, молодь);
- мають минулий досвід навчання, а також усталені звички;
- мають свою думку про те, чому їх навчають;
- мають тенденцію і потребу пов'язувати те, чому їх навчають, з тим, що вони вже знають;
- бажають брати активну участь у процесі навчання;
- повинні вірити в компетентність викладача/тренера;
- готові старанно працювати в процесі навчання;
- чітко розуміють мету навчання, а також чому саме вони бажають навчитись;

- прагнуть практичного застосування й використання отриманих під час навчання знань і навиків.

Видатний андрагог М. Ш. Ноулз стверджував, що успішна реалізація процесу навчання дорослих завжди залежить від того, чи задовольняє він потреби і цілі учнів. На думку вченого, «індивід вмотивований здійснювати навчання до тієї міри, до якої він відчуває у цьому потребу і усвідомлює особисту мету, досягнути якої допоможе навчання; і він докладатиме зусиль для використання наявних ресурсів (включаючи вчителів і лекції) до тієї міри, до якої, на його думку, вони відповідають його потребам і цілям». Дорослі мають як зовнішню мотивацію, таку як краща робота, підвищення зарплатні тощо, так і внутрішню – бажання підвищити самоповагу, якість життя, відповідальність, задоволеність роботою тощо.

У межах андрагогічної моделі навчання доросла людина, яка навчається, несе відповідальність за визначення сфери навчання, вибір методів, планування термінів, а також за оцінку результатів. Вона виступає як основна «рушійна сила» навчання, у той час як викладач відіграє роль координатора процесу, який створює нові методи і можливості.

У процесі підготовки дорослих багато практиків використовують модель навчання, розроблену Девідом Колбом. Ця модель передбачає цикл у чотири етапи, який показує яким чином будь-яка людина навчається. На думку дослідника, в процесі навчання дорослі учні проходять такі етапи:

- 1) отримують конкретний, безпосередній досвід;
- 2) активізують спостереження й рефлексію;
- 3) формують абстрактні концепції;
- 4) реалізують активні дії (див. рисунок 1 «Цикл навчання Колба»).

Цикл навчання розпочинається з набуття конкретного досвіду, який стає основою для подальших роздумів та рефлексії. Узагальнивши нові дані й інтегрувавши їх у систему наявних знань, людина приходить до абстрактного уявлення і поняття. Ці нові знання являють собою гіпотези, що перевіряються під час активних дій у різноманітних ситуаціях – уявних, модельованих та реальних. Процес навчання може початися з будь-якої стадії. Він відбувається циклічно – до тих пір, поки не сформується необхідна навичка; як тільки одна навичка освоєна, людина готова до відпрацювання наступної.

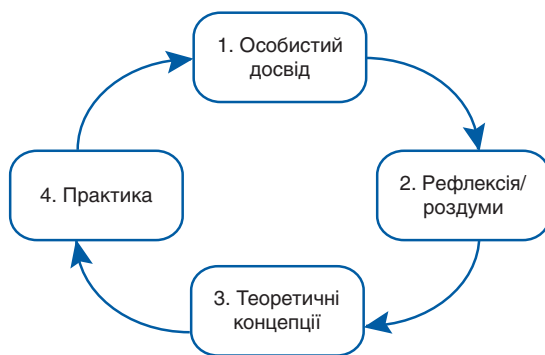


Рисунок 1. Цикл навчання Колба

Закладені в моделі ідеї про зв'язок осмислення досвіду, аналізу проблем, засвоєння теорії та перевірки її практикою отримали широке практичне застосування. Виявилось, що кожна людина надає явну перевагу поведінці, відповід-

но до однієї із стадій циклу: практичним діям або теоретизуванню (причому це стосується як тих, хто навчається, так і самих викладачів/тренерів). Ці домінуючі тенденції визначають стиль навчання людини, особливості процесу навчання дорослих, реакції на певні методи навчання й на зусилля викладача. Тому викладач повинен прагнути проводити заняття таким чином, щоб зацікавити учасників у проходженні всіх чотирьох стадій, які складають у сукупності цикл навчання.

Бізнес-тренер Ренат Акмалов радить використовувати модель Девіда Колба під час розробки програм навчання для дорослих. На думку автора, така навчальна програма повинна враховувати такі важливі моменти:

- 1) мотивація учасників (відводиться 10% від загального часу навчання);
- 2) повторення і закріплення вивченого матеріалу (20%);
- 3) вивчення нового матеріалу (50%);
- 4) оцінювання (10%);
- 5) підбиття підсумків (10%).

Тренер/викладач може самостійно регулювати тривалість кожного з етапів, основне для успішного навчання дорослих – це наявність всіх зазначених у моделі стадій.

Отже, андрагогіку розглядають як галузь педагогіки, яка об'єднує знання про специфіку навчання дорослої людини. Ця наука має свої цілі, задачі, функції та принципи, певні відмінності від педагогіки, удосконалює процес навчання дорослих, вивчає форми та методи організації навчання дорослих з метою поглиблення їх знань, забезпечення освітніх потреб, досягнення індивідуальних цілей, самореалізації дорослої особистості.

Особливості навчання дорослого учня

Визначення особливостей навчання дорослих передбачає необхідність аналізу таких моментів, як-от: розгляду поняття «доросла людина», «дорослість», розуміння вікової періодизації дорослих, а також мотивації дорослих людей до навчання.

На сьогоднішній день не існує єдиних підходів щодо визначення терміну «доросла людина». Це пояснюється тим, що залежно від розуміння самого суб'єкта процесу навчання будується і теорія навчання, і його організація. Неможливо розглядати цей феномен без урахування соціологічної, психологічної, педагогічної та інших точок зору.

Загальне визначення дорослої людини було надане у 1976 р. на Генеральній сесії ЮНЕСКО в Найробі. Згідно з визначенням, дорослим називають «будь-яку людину, яку визнали дорослою у тому суспільстві, до якого вона належить».

Засновник андрагогіки, американський вчений М. Ш. Ноулз, вважає дорослим того, хто, по-перше, «поводиться як дорослий, тобто грає дорослі ролі – працівника, дружини, батька, відповідального громадянина, солдата – соціологічне визначення», і, по-друге, «чия самосвідомість є самосвідомістю дорослої людини – психологічне визначення». Людина є дорослою в тій мірі, в якій вона сприймає себе відповідальною за своє власне життя.

Дорослий учень – це цілеспрямована особистість, яка має великий та різноманітний (побутовий, соціальний, професійний) життєвий досвід, внутрішні стимули до навчання, а також серйозні проблеми і цілі, для невідкладного вирішення і досягнення яких вона навчається. У силу цих чинників дорослий відіграє активну роль у процесі свого навчання, тобто є одним із рівноправних суб'єктів цього процесу.

До дорослих учнів належать: учні вечірньої, заочної, загальноосвітньої школи, які працюють; студенти вечірнього й заочного відділень у закладах середньої і вищої професійної освіти; аспіранти-заочники; особи, які проходять той

або інший курс за дистанційною формою навчання; ті, хто опановує професію на робочому місці; слухачі курсів й інститутів підвищення кваліфікації; особи, які проходять підготовку або перепідготовку у зв'язку із змінами у змісті їхніх трудових функцій; особи, які опановують нову професію в курсовій або іншій формі; учасники програм рольової освіти; учасники програм неформальної освіти, що мають аматорське спрямування; особи, які займаються керованою самоосвітою. Отже, ми маємо широкий спектр цільової аудиторії дорослих учнів.

Дорослість – це період продовження розвитку особистості людини, розширення її можливостей та посилення потенціалу. Період дорослості – найбільш тривалий період онтогенезу (у розвинених країнах він становить три чверті людського життя).

Зазвичай виділяють три стадії дорослості:

- рання дорослість (молодість);
- середня дорослість;
- пізня дорослість (старіння і старість).

Існує чимало різних підходів щодо визначення вікової періодизації, єдиного підходу немає. Автори розподіляють період «дорослість» по-різному, деякі з них роблять розподіл на ранню та пізню дорослість, уникаючи середньої, дехто виділяє вікові групи за статтю, окремо для чоловіків та жінок. Але виходячи з даних, можемо побачити, що період «дорослість» триває в середньому від 20 до 60 років (див. таблицю 2).

Таблиця 2. Різні підходи щодо вікової періодизації

Автори	Вікові періоди життя людини					
	Дорослість			Люди похилого віку		
	рання	середня	пізня	люди похилого віку	старечий вік	довгожителі
Ананьев Б. Г. називає дорослість «середнім віком» і виділяє 2 періоди – ранній і пізній	ч. 22–35 ж. 21–35		ч. 36–60 ж. 36–55	ч. 61–74 ж. 55–74	75–90	90 і більше
Еріксон Е. називає дорослість «зрілістю» і виділяє ранню, середню, пізню зрілість	рання зрілість 20–25	середня зрілість 26–64	пізня зрілість від 65 років			
Біррен Дж. називає дорослість «зрілістю» і виділяє ранню зрілість, зрілість, пізню зрілість	рання зрілість 17–25	зрілість 25–50	пізня зрілість 50–75		старість 75 і більше	
Бромлей Д. Б. розподіляє цикл дорослості на 4 стадії – ранню, середню, пізню та передпенсійний вік	рання дорослість 21–25	середня дорослість 25–40	пізня дорослість 40 – 55	передпенсійний вік 55–65	старіння	
Грейс Крайг виділяє 3 етапи дорослості – ранню, середню та пізню	рання дорослість 20–40	середня дорослість 40–60	пізня дорослість від 60 років			
Класифікація Всесвітньої організації охорони здоров'я	25–35	36–45	46–60	похилий вік 60–74	старечий вік 75–89	довголіття 90 і більше

Стадія ранньої дорослості характеризується входженням в роль дорослої людини, отриманням виборчого права, повної юридичної та економічної відповідальності, можливості включення в усі види соціальної активності суспільства, країни. В цей період люди утворюють власну родину, народжують першу дитину. Завершується здобуття вищої освіти. Приймається рішення щодо продовження чи припинення навчання. На роботі освоюються нові професійні ролі, підвищується компетентність, що також може вимагати додаткових знань.

Середня дорослість – це період досягнення досконалості у виконанні професійної ролі, відносна матеріальна самостійність і порівняно широке коло соціальних зв'язків, а також наявність і задоволення інтересів поза рамками професійної діяльності.

Пізня дорослість характеризується висококваліфікованим виконанням обраних в молодості професійних і соціальних ролей і, як правило, підвищенням соціального статусу, а також деяким зниженням соціальної активності.

Основні характеристики вікового періоду «дорослий»:

- діалектичне мислення; функціональна спрямованість інтелектуальних можливостей;
- наявність значного життєвого досвіду; реалізація власного потенціалу;
- встановлення дружніх, близьких стосунків, почуття близькості до людей;
- розширення та збагачення емоційних переживань; продовження синтезу «Я-концепція»; сформованість власної позиції й світогляду в житті; єдність надбань та втрат; творчі досягнення в життєдіяльності.

Отже, у цей віковий період доросла людина займає активну життєву позицію, важливими мотивами поведінки стають реалізація власного творчого потенціалу, вміння поділитися знаннями й досвідом з молодшими людьми, піклування про родину, близьких, збереження з ними добрих стосунків. Відбувається переосмислення життя загалом, коригування системи цінностей у трьох взаємопов'язаних сферах: особистій, сімейній і професійній. Відбувається професійне самовизначення, зростання й професіоналізація, дорослий прагне самореалізації, що, в свою чергу, може слугувати мотивом до навчання, вдосконалення знань.

Фізіологічні особливості дорослих

Розвиток пізнавальних процесів триває й у дорослому віці, але відбувається він нерівномірно. Вчені зазначають, що у дорослих людей з віком змінюються фізіологічні характеристики, багато функцій організму поступово слабшають (знижуються зір та слух, погіршуються пам'ять і мислення, виникають труднощі зі сприйняттям нової інформації), але самі здібності до навчання у дорослих людей (від 20 до 60 років) суттєво не змінюються.

Найбільші зміни відбуваються в короткочасній вербальній пам'яті: найвищі показники характерні для 18–30-річного віку, а потім відбувається поступовий спад. Образна пам'ять зазнає найменших змін, вербальна довготривала пам'ять вирізняється значною сталістю і починає знижуватися після 36 років. Найбільше до вікових змін схильні обсяг, переключення і вибірковість уваги, зниження показників яких відбувається після 34 років.

Розвиток інтелектуальних показників триває упродовж усього періоду «дорослість». Показники невербального інтелекту сягають свого оптимуму у 30-35 років, але вербальний інтелект розвивається після 40. Інтелектуальний розвиток дорослої людини відбувається у тісному зв'язку з розвитком особистості. Причому, із зупинкою розвитку психофізичних функцій близько 25 років інтелектуальний розвиток продовжується довгі роки. Розвиток вербально-логічних функцій відбувається майже весь період, зростаючи до 50-річного віку і поступово знижуючись до 60-річного.

У період дорослості за різних форм творчої активності інтелектуальна діяльність досягає найвищого рівня розвитку. Середній рівень творчої активності для багатьох спеціальностей припадає на 35–39 років, а творчі здібності у математиці, фізиці, хімії сягають свого піку в 30–34 роки. Видатні відкриття у багатьох сферах науки здійснюють особи віком близько 40 років. Найсприятливішими для наукової творчості є періоди, які охоплюють 30–34 роки, а також 47–57 років. У період після 40 років людина активно розширює свої знання, оцінює події та інформацію в широкому контексті. Попри зниження швидкості і точності оброблення інформації, що є наслідком біологічних змін, здатність використовувати інформацію залишається на високому рівні, хоча когнітивні процеси у людини зрілого віку відбуваються повільніше, ніж у молодій, ефективність її мислення є вищою.

На думку професора М. П. Карпенка, під час навчання людини важливими характеристиками є не тільки види пам'яті (оперативна, довготривала), а й особливості її функціонування, такі як швидкість і обсяг запам'ятовування, а також тривалість збереження інформації. Саме ці показники були закладені в основу розробленого вченим поняття «темپ засвоєння знань» (темپ усвоения знаний (рос.) – скорочено ТУЗ). Під темпом засвоєння знань виділяють індивідуальну психофізіологічну характеристику, що виражає здатність людини засвоювати певну кількість інформації за певну одиницю часу. Карпенко М. П. відмічає, що починаючи з 11–12 років темп засвоєння знань постійно зростає та досягає свого максимуму у 17–24 років. Це свідчить про те, що студентський вік (19–24 роки) є найбільш продуктивним для навчання завдяки високому рівню розвитку здібностей щодо засвоєння знань. Після цього періоду темп засвоєння знань поступово починає знижуватися. В проміжку від 34 до 64 років зниження показника ТУЗ сягає незначних змін. Однак, після 64 років темп засвоєння знань починає уповільнюватися, в цей віковий період спостерігаються відмінності між темпом засвоєння знань чоловіків та жінок. У останніх ТУЗ уповільнюється повільніше.

Таким чином, період дорослості відрізняється від попереднього, юнацького, тим, що в ньому закінчується загальносоматичний розвиток людини, яка досягає свого піку в фізичному й статевому дозріванні. Цей період триває понад 40 років і характеризується роками інтелектуальних досягнень, самореалізації, в ньому відбуваються суттєві зміни у житті людини, змінюються пріоритети, зростає роль професійного зростання. До пізнього дорослого віку людина залишається здатною до засвоєння нових знань, навчання.

Категорії мотивуючих та стримуючих факторів навчання для дорослих

Мотивація

Одним із важливих аспектів щодо проходження навчання, здобуття освіти у дорослих є мотивація. Дорослим людям важливо знати:

- Що вони вивчають?
- Як вони вивчають?
- Чому вони вчаться? Для чого вони навчаються?
- Де вони вчаться?
- Коли вони навчаються?

Відповіді на ці запитання впливають на рівень мотивації дорослих щодо участі у навчальному процесі.

Виділяють шість факторів, які є джерелом мотивації для навчання дорослих.

1. Соціальні відносини: завести нових друзів і таким чином задовольнити потребу в дружніх стосунках.
2. Зовнішні очікування: виконати чиїсь вказівки аби виправдати очікування або рекомендації когось, наділеного формальною владою.

3. Соціальне забезпечення: поліпшити здатність служити людству, підготуватися до служби в громаді, а також поліпшити здатність брати участь у громадській роботі.
4. Особисте просування: домогтися більш високого статусу в роботі, забезпечити професійне просування і бути конкурентоспроможним.
5. Втеча/заохочення: щоб забезпечити перерву в рутині вдома або на роботі.
6. Пізнавальний інтерес: вчитися заради навчання, прагнути до пізнання.

Також до групи мотивацій навчальної діяльності дорослих належать пізнавальні, творчі досягнення, широкі соціальні мотиви з альтруїстичною спрямованістю, особистого, а також професійного характеру.

Підвищення компетентності

Однією із визначальних мотивацій дорослої людини при прийнятті рішення про навчання є, як зазначалось раніше, прагнення підвищення власної професійної компетентності.

На різних етапах дорослості (рання, середня та пізня дорослість) у людини змінюється ставлення до навчання. Це залежить від багатьох факторів, в тому числі і від бажання підвищити власний рівень професійних знань і вдосконалити свою роботу. В такому випадку саме професійна діяльність формує пізнавальні інтереси, запити, цілі й мотивації, потреби дорослого в знаннях і навичках. Професійне зростання вимагає постійного вдосконалення і розвитку.

Професійна компетентність передбачає стійку здатність виконувати на належному рівні певний вид діяльності. Процес підвищення професійної компетентності, удосконалення навичок розглядають у вигляді нескінченної спіралі розвитку компетентності.

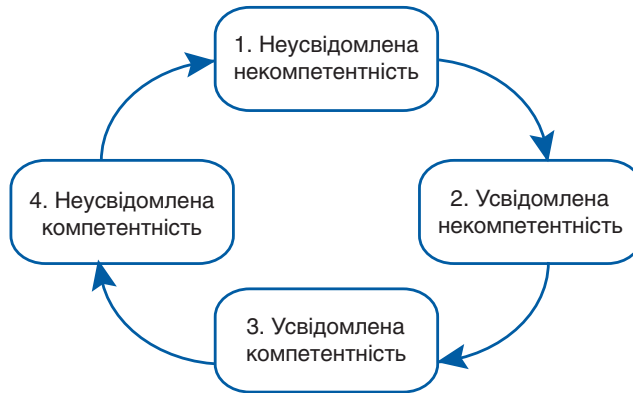


Рисунок 2. Спіраль розвитку компетентності

Шлях набуття професіоналізму – це складний шлях, на якому людина проходить такі стадії, як-от:

- *неусвідомлена некомпетентність* (людина некомпетентна і не усвідомлює цього);
- *усвідомлена некомпетентність* (людина усвідомлює, що чогось не знає або не вміє, починає розуміти, що попередні дії виконувалися без на-

лежної компетенції, у людини формується потреба у навчанні, в освоєнні нових знань та більш сучасних технологій для того аби відповідати певному рівню професіоналізму);

- *усвідомлена компетентність* (людина вчиться і, як наслідок, отримує усвідомлене відношення до своїх нових знань і умінь; людина намагається діяти відповідно до правил, але йому/їй доводиться замислюватися над своїми діями, звертати їх з рекомендованою технологією, стандартами, процедурами, інструкціями тощо);
- *неусвідомлена компетентність* (регулярна практика правильних дій виводить людину на той рівень професіоналізму, коли вже не потрібно замислюватися над окремими операціями й їхньою послідовністю. Багато дій виконуються «автоматично» та правильно).

Формування професійної компетентності дорослої людини базується на взаємодії внутрішніх та зовнішніх факторів. До основних внутрішніх факторів дослідники відносять мотиваційну, операційно-інформаційну, емоційну і вольову сфери особистості. До зовнішніх – підходи до формування змісту навчального матеріалу, використання певних освітніх технологій, методів, засобів і форм навчання. Таким чином, формування професійної компетентності залежить від того, наскільки ефективно організація навчального процесу впливає на основні сфери дорослої особистості. У зв'язку з цим зростає роль викладача як організатора та координатора управління процесом формування професійної компетентності.

Рекомендації зі створення та підкріплення мотивації до навчання:

- стимулюйте цікавість;
- демонструйте корисність;
- гарантуйте невеликий ризик для учасників навчання;
- висловлюйте своє прагнення допомогти дорослим учасникам навчання;
- враховуйте мову, погляди, відношення дорослих слухачів;
- зведіть до мінімуму негативні асоціації, пов'язані з досліджуванним предметом;
- у процесі навчання підбадьорюйте слухачів, заохочуйте їхню участь у створенні позитивної атмосфери;
- допомагайте слухачам повірити в те, що досягнуті ними успіхи є результатом їхніх зусиль, здібностей та наполегливості;
- поясніть слухачам ціль вивчення курсу, ваші вимоги і критерії оцінювання;
- враховуйте фізіологічні потреби слухачів;
- створюйте організовану, впорядковану атмосферу занять;
- ставте перед слухачами складні завдання;
- у ході занять, якщо Ви ставите запитання, домагайтеся відповідей чи реакції від всіх слухачів; не дозволяйте одному-двом учасникам домінувати в аудиторії;
- допоможіть учасникам усвідомити відповідальність за результати навчання;
- прагніть того, щоб процес навчання стимулював інтереси учасників;
- у ході навчання вільно використовуйте гумор (якщо Ви до цього схильні);
- використовуйте різні методи навчання дорослих; зробіть активну участь слухачів у роботі важливим компонентом навчального процесу;
- допомагайте учасникам оцінити їхні досягнення;

- підтримуйте і заохочуйте відповідальність, що виявляється учасниками, будь-які їхні дії і вчинки, що сприяють успішному виконанню навчальних завдань;
- завершуйте важливі етапи навчального процесу позитивною оцінкою і заохоченням слухачів.

Дорослі вчатьсЯ краще, коли переконані в необхідності такого навчання, а також визнають потребу знати конкретну інформацію. Часто життєвий досвід або певні ситуації можуть слугувати ефективнішим стимулом до навчання, ніж інші мотиватори. Тренери, які беруть участь у навчанні дорослих, повинні зважати на вищевказані групи мотивів дорослих під час організації навчання. Варто пам'ятати, що *дорослим слухачам можна наказати ввійти в аудиторію, попросити їх сісти за стіл, але їх не можна змусити вчитися.* Тому тренеру варто бути ознайомленим із рекомендаціями зі створення і підкріплення мотивації й визначитися з можливостями їхнього застосування на практиці.

Категорії стримуючих факторів навчання для дорослих

Існує багато потенційних перешкод, які можуть бути розцінені як стримуючі фактори щодо участі дорослого у навчальних програмах. Стримуючі фактори – це багатогранне поняття, яке охоплює групи ознак, що впливають на можливість дорослого учня бути долученим до навчання. Вплив цих ознак на поведінку учасників змінюється згідно з індивідуальними характеристиками і життєвим обставинам.

До стримуючих факторів навчання дорослих належать такі

1. Індивідуальні фактори (неготовність до змін і психологічні причини на зразок занепокоєння про свій авторитет, невпевненість у власних силах і здібностях, побоювання виглядати некомпетентним тощо).
2. Сім'я, сімейні проблеми.
3. Економічні фактори (хвилювання щодо спроможності оплатити навчання тощо).
4. Питання щодо перспективності навчання (доцільність, цінність, якість), негативне сприйняття цінності навчання.
5. Брак мотивації, байдуже ставлення до навчання загалом.
6. Стан здоров'я (наприклад, погане самопочуття, погіршення пам'яті тощо).
7. Несумісність навчання за часом або місцем проведення.
8. Погане середовище для навчання: фізичне/психологічне. Комфортне фізичне середовище для навчання передбачає приміщення, освітлення, температуру, обладнання тощо. Дорослі більш чутливі до дискомфорту. Таким чином, задля створення комфортного середовища для навчання варто за можливості враховувати температуру в приміщенні, освітлення, а також рівень шуму в кімнаті. До комфортного психологічного середовища для навчання відносять доброзичливу атмосферу в колективі, свободу вираження думок й ідей, безпеку, безоціночне і толерантне ставлення, рівень викладання, рівень освіти, коригування змісту навчальної програми відповідно до запиту дорослих учнів тощо.

Як правило, дорослий учень має багато обов'язків, які повинні бути збалансовані з вимогами навчання. Через ці обов'язки дорослі часто можуть мати перешкоди щодо участі в навчанні. Деякі з цих перешкод включають в себе:

- брак часу;
- відсутність довіри;
- відсутність інформації про можливість вчитися;

- проблеми з плануванням;
- емоційний зв'язок між учнем та вчителем.

Таким чином, тренер повинен враховувати вищеперераховані стримуючі фактори, за можливості знайти способи мотивувати дорослих учнів до участі у навчальній програмі. Тренери часто стикаються з багатьма проблемами, бар'єрами, низькою мотивацією під час навчання дорослих, однак кращий спосіб вести дорослих учнів до успіху лежить через мотивацію. Якщо тренер зможе визначити мотиватори учасників (чому вони вчать), а також допоможе визначити бар'єри, або стримуючі фактори, то це полегшить процес мотивування й активного залучення дорослих людей до навчання.

Категорії дорослих учнів (типи учасників навчання)

У літературі, присвяченій проведенню тренінгів, ви можете знайти різні класифікації й визначення учасників навчання. Як правило, такі дані допомагають тренеру зрозуміти причини й особливості тієї чи іншої поведінки учасників, зорієнтуватися у тому чи іншому випадку.

Будь-яка навчальна група працює краще тоді, коли всі її учасники залучені до роботи приблизно однаковою мірою, коли всі роблять свій внесок, ніхто не монополізує увагу і немає хронічно пасивних, а також тих, хто весь час мовчить. Якщо дехто з учасників відпускає саркастичні або ворожі зауваження, безперестанку виступає в ролі порадирика або переймає на себе роль тренера/фасилітатора/викладача, така ситуація порушує позитивний груповий розвиток. Якщо у тренера добре налагоджений зв'язок з групою, учасники будуть позитивно реагувати та сприймати матеріал. Для того аби налагодити контакт з групою в цілому та її окремими учасниками, тренер має поставити собі такі запитання.

- Хто є неформальним лідером групи?
- Який професійний досвід мають учасники?
- Який загальний настрій панує в групі?
- Який рівень енергії на даний момент?
- Які особисті цілі стоять перед учасниками?

Виділяють такі типи учасників навчання:

1. **Орієнтовані на ціль** – дорослі учні, які використовують освіту/навчання задля досягнення чітких задач і цілей (утилітарна мотивація).
2. **Орієнтовані на діяльність** – дорослі учні, які беруть участь у навчальних заходах заради отримання знань, встановлення соціального контакту, а також стосунків, які вони дають (мотивація престижу).
3. **Мотивовані на навчання** – дорослі учні, які шукають знань заради знань (мотивація, за якої знання перетворюються в самоціль).
4. **Немотивовані, навчаються за наказом** – дорослі учні, які не за власним бажанням прийшли на навчання. Такі учасники не знають чому прийшли, можуть бути заклопотані іншими важливими справами, їхні очікування можуть не співпадати з програмою навчання.

Клаус Фопель дає наступну класифікацію типів учасників навчання.

- **«Ви не можете запропонувати мені нічого нового».** Ці учасники впевнені, що їм не потрібно брати участь у навчанні, оскільки вони і так все добре знають. На їхню думку, вони знають всі теорії, спробували всі стратегії і тренінг не дасть їм нічого нового.
- **«Туристи».** Такі учасники приходять на тренінг тому, що їм подобається все нове. Участь у тренінгу урізноманітнює їх повсякденне життя, для них це щось на зразок зміни оточення, діяльності.

- **«Прихильники».** Інколи учасники приходять на тренінг для того, аби познайомитись з тренером. Вони чули про тренера/фасилітатора/викладача багато або читали його/її книгу і просто хочуть з'ясувати який він/вона насправді.
- **«Ув'язнені».** Такі учасники беруть участь в тренінгу не за власним бажанням, їх до цього примушує начальник або ще хтось. Тому вони інколи роздратовані, інколи поступливі. Більш за все вони хотіли би бути в іншому місці.
- **«Допитливі та готові до навчання».** Такі учасники будуть досить уважними під час тренінгу, сконцентрованими та проявлятимуть високу мотивацію до навчання. Часто вони приходять першими та йдуть останніми. Вони роблять нотатки і беруть активну участь у роботі групи. В основному саме ця група учасників отримує більше користі й втілює в життя те, чому навчилися під час тренінгу. Але часом тренер може помилитись і визначити учасника як допитливого, в той час як останній може бути замаскованим «туристом», який хоче просто провести два захоплюючих дні. Але і таких учасників варто зустрічати відкрито і дружньо. Можливо саме вони в ході роботи запропонують творчі ідеї.

Як правило, під час навчання присутні всі п'ять типів учасників і це часто ускладнює роботу. Тренеру/викладачу важливо поважати різних учасників, уміти встановлювати з ними контакт, залучати їх до активної участі у тренінгу, показувати, що кожен із учасників є важливим. Інколи з найбільш складними групами вдається досягнути найбільшого успіху.

Тренеру варто пам'ятати, що в групі завжди зустрічаються учасники з різними особистісними характеристиками. Всі вони хочуть аби їх сприймали серйозно і поважали, особливо якщо вони приходять в групу з амбівалентним ставленням. Завдання тренера – піклуватися про те, щоб учасники могли навчатися і бути продуктивними членами групи, і щоб група в цілому могла стати середовищем інтенсивного навчання. Якщо тренер спостерігає непродуктивну поведінку, не потрібно намагатися занадто швидко «вилікувати» «винуватців» або змінити їх проблемну поведінку. Спочатку необхідно з'ясувати, що саме вони хочуть «повідомити» подібною поведінкою і чи розуміють вони самі, що створюють проблеми для інших. Ведучий і учасники повинні діяти тактовно, щоб нікого не образити, не ізолювати й не спровокувати посилений опір.

Фактори, що впливають на процес засвоєння інформації/матеріалу/знань

Засвоєння навчального матеріалу (нових знань) відбувається в результаті навчання й пізнання, в основі якого знаходиться складна цілісна психічна діяльність особистості, яка передбачає функціонування всіх пізнавальних психічних процесів (сприйняття, пам'ять, уявлення, мислення, мова) почуття, волі, спрямованості, мотивації.

Одне із важливих завдань навчання полягає в тому, щоб досягти від учнів глибокого і міцного засвоєння наукових знань, покращити вміння, навички і вміти застосовувати їх на практиці.

Реалізація цього завдання відбувається шляхом проходження учнями повного процесу засвоєння матеріалу.

Особливості етапів процесу засвоєння досліджували П.Гальперін, А.Маркова, Н.Тализіна. Узагальнюючи положення, викладені у наукових працях згаданих авторів, виділяють такі етапи процесу засвоєння знань:

- 1) ознайомлення;
- 2) засвоєння змісту через виконання вправ;
- 3) перенесення знань на вирішення нових завдань;
- 4) контрольне перенесення знань.

Однією з найбільш розроблених в психолого-дидактичному плані конкретних схем поетапного формування розумових дій є схема, запропонована Н. Ф. Тализіною. Автор виділяє 5 етапів у процесі засвоєння нових дій. На початковому етапі, ознайомчому, учні отримують необхідні роз'яснення щодо мети дії. Їм показують, на що варто орієнтуватися при виконанні дії, а також яким чином певну дію варто виконувати. На другому етапі – матеріалізованій дії – учні вже виконують дії, але поки в зовнішній, матеріальній, розгорнутій формі. Цей етап дозволяє учасникам засвоювати зміст дії (склад всіх операцій, правила виконання тощо), а викладачу – вести контроль за виконанням кожної дії/задачі. В таких умовах учні оволодівають заданою дією.

Після того, як зміст дії вже засвоєний учнями, переходять до іншого етапу – зовнішньомовного, на якому всі елементи дії представлені у вигляді зовнішньої мови (усної чи письмової). Дія проходить подальше узагальнення, скорочення, але вона поки що не автоматизована. Четвертий етап – етап «зовнішньої мови про себе»: дія виконується у формі промовляння про себе. Після чого відбувається подальша зміна за параметрами, узагальнення, скорочення. Остаточне становлення дії відбувається на п'ятому етапі – розумовому. Дія виконується у формі внутрішньої мови, максимально скорочується, доводиться до автоматизму.

Аналогічну структуру процесу засвоєння знань запропонував і російський психолог С. Рубінштейн, який наголошував, що правильне трактування етапів засвоєння передбачає розуміння складного характеру процесу навчання, в якому взаємопов'язані вчитель, учень і навчальний матеріал. Учений виділяє чотири етапи процесу засвоєння матеріалу:

1. Ознайомлення з новим матеріалом (сприйняття, зацікавленість, аперцепція).
2. Осмислення.
3. Спеціальна робота, пов'язана із закріпленням матеріалу; запам'ятовування.
4. Опанування матеріалу – можливість оперувати ним у різних умовах; застосування на практиці.

Кожна з цих стадій тісно пов'язана з іншою і обумовлена характером взаємодії викладача/тренера – учня. Кожна стадія визначає кінцевий ефект засвоєння матеріалу.

Початковий етап ознайомлення з навчальним матеріалом, або «перша зустріч» з ним, має велике значення для всього процесу засвоєння. Не менш важливою на цьому етапі є аперцепція, яка включає активне свідоме ставлення особистості до тієї інформації, що сприймається; будь-яке нове подання/нова інформація усвідомлюється і тлумачиться людиною за умови існування зв'язку із спорідненими уявленнями з минулого досвіду людини. Аперцепція – це залежність сприймання інформації від попереднього досвіду.

Осмислення – це другий етап процесу засвоєння матеріалу. Цей етап об'єднується з першим і стає основою для наступного етапу – запам'ятовування.

Запам'ятовування навчального матеріалу, на думку С. Л. Рубінштейна, це не лише постійне осмислення матеріалу, а й включення в нові смислові зв'язки, переосмислення цього матеріалу.

Головне, що весь час має здійснюватись не лише «повторювальне», а й вільне відтворення навчального матеріалу. Уточнюючи й формулюючи власну думку, людина формує її, і разом з тим міцно її запам'ятовує. Це положення С. Л. Рубінштейна є основоположним для організації засвоєння матеріалу.

Таким чином, власний виклад матеріалу дорослими учнями повинен бути спеціально передбаченим в організації навчальної діяльності та навчальній програмі. Особливу увагу варто звернути на перший самостійний виклад учнями засвоюваного навчального матеріалу.

Четвертий етап засвоєння – застосування на практиці – це спосіб оволодіння знаннями, їх закріплення, формування нових міцних навичок. На цьому етапі засвоєння знань направлено вже не на навчання, а на інші, практичні цілі.

Дана схема засвоєння матеріалу від першого знайомства з навчальним матеріалом до його використання в різноманітних ситуаціях на практиці являє собою загальну стратегію засвоєння знань.

І. Я. Конфедератов та В. П. Симонов виділяють такі рівні засвоєння знань, співвідносні з відповідними етапами їх засвоєння:

- рівень розпізнавання предмету;
- рівень його запам'ятовування;
- рівень його розуміння;
- рівень його застосування.

Що означає засвоїти матеріал?

Засвоїти та знати навчальний матеріал – значить **вміти**:

- осмислено та повністю його відтворювати;
- відтворювати його в скороченому вигляді;
- виділяти в матеріалі основні положення;
- роз'яснювати сутність засвоєних правил, висновків та інших теоретичних узагальнень;
- доводити правильність та обґрунтованість заснованих теоретичних положень;
- відповідати на прямі та непрямі запитання за вивченою темою;
- поділяти матеріал на смислові частини і складати його план в усному та письмовому вигляді;
- ілюструвати засвоєні теоретичні положення своїми прикладами та фактами;
- письмово відповідати на запитання з вивченого матеріалу;
- застосовувати отримані знання на практиці, тобто вирішувати приклади і задачі, складати схеми, виконувати практичні завдання;
- встановлювати зв'язок вивченого матеріалу з раніше пройденим;
- переносити засвоєні знання на пояснення інших явищ і фактів;
- виділяти світоглядні та морально-естетичні ідеї у вивченому матеріалі, висловлювати до них своє ставлення.

Враховуючи особливості дорослих учнів, серед факторів, які впливають на процес засвоєння матеріалу/інформації виділяють такі:

- простота викладу матеріалу;
- безпека;
- гнучкість;
- корисність інформації;
- застосування інтерактивних методів викладання і візуальної та вербальної інформації;
- надання можливостей застосування вивченого матеріалу на практиці;
- різноманітність;
- розробка навчальної програми відповідно до потреб;
- темп викладання матеріалу, який повинен відповідати темпу засвоєння знань дорослими учнями.

Отже, процес міцного засвоєння знань передбачає повний цикл навчально-пізнавальних дій: сприймання нового матеріалу, його первинне і наступне осмислення, запам'ятовування, виправлення в ході застосування теорії на практиці, повторення з метою поглиблення і засвоєння знань, умінь, навичок. Для сприяння кращому засвоєнню знань тренеру варто враховувати необхідність проходження повного циклу, а також дотримання факторів, які позитивно впливають на цей процес.

Значення каналів передачі інформації

Будь-яка людина використовує різні канали для передачі та отримання інформації: зоровий, слуховий та кінестетичний. Чим більше каналів відкрито для сприйняття інформації, тим ефективніше йде процес навчання, тим більший відсоток інформації засвоюється учнем.

Залежно від того, який канал сприйняття переважає, люди умовно діляться на три типи:

- аудіали – сприйняття інформації через зір;
- візуали – сприйняття інформації через слух;
- кінестетики – сприйняття інформації через відчуття, запах, смак, дотики.

Чому важливо знати, яким саме чином людина сприймає інформацію?

- 1) Особливості розумової роботи суттєво відрізняються (наприклад, рівень відволікання, особливості запам'ятовування тощо).
- 2) Кожному потрібно вибирати свій спосіб засвоєння інформації та організації простору.
- 3) Під час заняття тренер може представляти інформацію, використовуючи всі канали сприйняття: і зір, і слух, і кінестетичний канал. Тоді у кожного з учасників навчання є більше шансів засвоїти інформаційні повідомлення.
- 4) Від того, який саме канал у людини ведучий, залежить освоєння багатьох важливих навичок.

Фахівці кажуть:

- від візуала можна вимагати швидкого вирішення завдань;
- від аудіала – негайного повторення почутого ним матеріалу;
- від кінестетика краще не чекати ні того, ні іншого – йому потрібно більше часу і терпіння з боку тренерів;

При виконанні роботи під час заняття рекомендується:

- візуалу дозволити мати під рукою аркуш паперу, на якому він/вона в процесі осмислення і запам'ятовування матеріалу може креслити, штрихувати, малювати тощо;
- аудіалу не робити зауваження, коли він/вона в процесі запам'ятовування говорить пошепки, видає звуки, ворухить губами – так йому легше впоратися із завданням;
- кінестетика рекомендують не змушувати сидіти довгий час нерухомо; обов'язково давати йому можливість моторної розрядки (писати на дошці/фліпчарті тощо); запам'ятовування матеріалу у нього легше відбувається під час руху.

Як розрізнити хто перед Вами? На що варто обов'язково звертати увагу?

- **Словник спілкування.** Візуал у своїй мові вживає іменники, дієслова, прикметники, пов'язані в основному із зором (дивитися, спостерігати, картина, на перший погляд, прозорий, яскравий, барвистий, як бачите

тощо). Для аудіалів характерно вживання слів, пов'язаних зі слуховим сприйняттям (голос, послухайте, обговорювати, мовчазний, тиша, голосний, милозвучний тощо). Словник кінестетика в основному включає слова, що описують почуття або рух (схоплювати, м'який, теплий, дотик, гнучкий, хороший нюх тощо).

- **Напрямок погляду.** У візуалів при спілкуванні погляд спрямований в основному вгору, у аудіалів – по середній лінії, у кінестетиків – вниз.
- **Особливості уваги.** Кінестетику взагалі важко концентрувати свою увагу, його легко можна відволікти; аудіал легко відволікається на звуки; візуалу шум практично не заважає.
- **Особливості запам'ятовування.** Візуал пам'ятає те, що бачив, запам'ятовує картинками. Аудіал – як правило, краще пам'ятає, що обговорював; запам'ятовує слухаючи. Кінестетик пам'ятає загальне враження. Запам'ятовує рухаючись.

У процесі навчання необхідно враховувати роботу якого каналу переважає у людини.

Сприйняття матеріалу людиною ускладнюється, якщо інформація надходить незрозумілою для людини «мовою». В одній і тій само ситуації аудіал запам'ятає звукові враження, кінестетика ж зацікавить зовсім інший аспект інформації, яка надходить – чуттєвий.

Немає сенсу подавати візуалу значний обсяг інформації виключно в мовному вигляді, оскільки відсоток засвоєності даних буде низьким, велика частина матеріалу не сприйметься, і ще менша засвоїться.

У процентному відношенні кількість людей з ведучою аудіальною модальністю відносно невелика – за різними даними вона становить від 25 до 30%. Відповідно лише 25–30% учнів засвоюють традиційний виклад матеріалу (у вигляді лекцій).

Найпродуктивнішою вважається така навчальна програма, заняття чи лекція, за якої рівномірно навантажуються всі інформаційні канали.

Кожен з викладачів прагне до максимального засвоєння слухачами свого предмета, але це вдається досягти лише тому викладачу, який враховує залежність засвоєності матеріалу від способу подачі інформації/знань. Так, якщо викладач подає матеріал просто розповідаючи, тобто на слух, слухачі засвоять матеріал тільки на 10%. Подання матеріалу з використанням таблиці підвищить засвоєність, склавши в середньому 20%. Залучення аудіального та візуального каналів з використанням візуальної опори (демонстраційний матеріал у вигляді моделей слайдів, фільмів) доведе засвоєність матеріалу до 50%. Використання моторного кінестетичного каналу у вигляді самостійної роботи з вирішенням поставлених тренером завдань доводить засвоєність матеріалу до 90% (див. рис. 3).

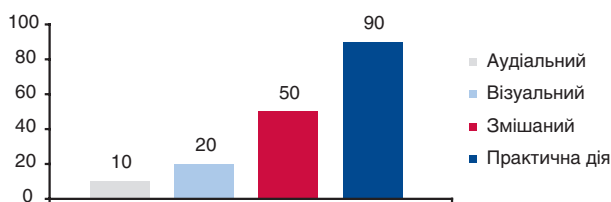


Рисунок 3. Відсоток засвоєності навчального матеріалу в залежності від способів подання інформації

Аудіальний чи вербальний канал забезпечують 10% засвоєності матеріалу;

візуальний – 20%;

аудіовізуальний – 50%;

аудіальний та кінестетичний канали у вигляді практичної дії – 90%.

Піраміда навчання

Дослідження, проведені в Сполучених Штатах Америки в 1980-х роках (National Training Laboratories in Bethel, Maine), дозволили узагальнити дані щодо ефективності використання різних методів навчання та їх вплив на рівень засвоєння знань учнями.

Нижче у піраміді навчання представлені результати проведеного дослідження.



Що залишається в пам'яті?

Методи навчання	Через 3 години	Через 3 дні
словесна презентація	25%	10%
демонстрація	72%	20%
змішаний метод	85%	65%

Люди запам'ятовують	Форми діяльності	В результаті люди можуть
10% прочитаного	читання	визначати, перераховувати, описувати, пояснювати
20% почутого	сприйняття на слух	
30% побаченого	розгляд рисунків	демонструвати, застосовувати, виконувати
50% почутого та побаченого	перегляд відео, спостереження за демонстрацією або конкретною дією	
70% сказаного або написаного	участь в дискусії, виступ з доповіддю	аналізувати, розробляти, створювати, оцінювати
90% сказаного або виконаного під час активної дії	імітація, виконання реальної дії	

Всі засоби спілкування поділяються на дві великі групи: вербальні (словесні) і невербальні. На перший погляд може здатися, що невербальні засоби не такі важливі, як словесні. Однак, дослідження підтверджують, що це не так. Алан Піз у своїй книзі «Мова рухів тіла» наводить дані, отримані А. Мейерабіаном, згідно з якими передача інформації відбувається за рахунок вербальних засобів, тобто слів на 7%, звукових засобів, тобто включаючи тон голосу, інтонації звуку – на 38%, а за рахунок невербальних засобів – на 55%.

Професор Р. Бердвіссл встановив, що словесне спілкування у розмові займає менше 35%, а більше 65% інформації передається за допомогою невербальних засобів.

Отже, чим більше інформаційних каналів використовуються в ході навчання, тим вища продуктивність і рівень засвоювання навчального матеріалу. Поєднання пасивних та активних методів навчання має відбуватись з урахуванням вікових особливостей учасників тренінгу. Представників більш дорослої аудиторії варто залучати до активної участі у навчанні, використанні отриманих ними знань на практиці.

Правила для тренерів, які працюють з дорослими учнями

Успішність проведення тренінгу залежить від усіх його учасників, але, в першу чергу, від тренера. Для отримання оптимального результату навчання дорослих необхідно:

- адекватне визначення мети та цілей навчання;
- відповідний відбір та узгодження змісту програми;
- уміле використання всього спектру методів навчання, особливо активних і інтерактивних методів;
- максимальний прояв взаємодії й майстерності викладача з учасниками навчання.

Під час підготовки навчальної програми та проведення тренінгу слід дотримуватись таких правил:

1. Правило «20–40». Говоріть якнайбільше 20 хвилин кожної навчальної години та використайте весь інший час для закріплення матеріалу, відпрацювання навичок та обговорення.
2. Правило «15/85». Присвятіть 15% свого часу для лекції або презентації, 85% часу приділіть заняттям в міні-групах, обговоренню та дослідженню у великій групі.
3. Правило «90/20/8». Дорослі можуть сприймати інформацію на слух, розуміючи її, лише протягом 90 хвилин. Вони сприймають інформацію на слух із здатністю запам'ятовувати лише протягом 20 хвилин. Дорослі слухачі повинні бути долучені до навчального процесу кожні 8 хвилин.

Тому, намагайтесь розбити свій матеріал на частини, кожна з яких триватиме 20 хвилин або менше. Залучайте слухачів до активної участі щонайменше один раз протягом 8 хвилин.

Під час навчання тренер повинен дотримуватися таких правил:

- підтримувати візуальний контакт;
- завчасно готуватися до занять;
- залучати учасників до роботи, заохочувати їх ставити запитання і брати активну участь;
- використовувати наочні і роздаткові матеріали;

- говорити голосно, чітко і зрозуміло;
- повторювати пройдений матеріал і ставити запитання наприкінці кожного заняття; підсумовувати;
- поєднувати теми між собою, робити посилання на пройдені теми, матеріал;
- писати чіткими друкованими літерами;
- використовувати логічну послідовність тем;
- добре планувати й організовувати навчальний час;
- зберігати простоту у викладі матеріалу;
- давати зворотний зв'язок;
- розташовувати наочні матеріали таким чином, щоб усі учасники їх могли бачити;
- уникати відволікаючих маневрів і факторів у навчальному приміщенні;
- звертати увагу на мову тіла учасників (невербальні знаки спілкування);
- утримувати увагу групи на виконанні завдання;
- давати чіткі інструкції;
- перевіряти, чи зрозумілі надані вами інструкції;
- проводити оцінку в процесі навчання;
- бути терплячим.

НЕ ВАРТО:

- закривати собою наочні матеріали, відеоапаратуру, проектор;
- стояти на одному місці чи безперервно рухатися по кімнаті;
- ігнорувати коментарі й рекомендації учасників (вербальні та невербальні);
- читати за учбовим посібником;
- підвищувати голос на учасників навчання;
- критикувати або перебивати учасників.

Загальні рекомендації щодо організації навчання дорослих

Власна активність того, хто навчається, його взаємодія з іншими суб'єктами навчального процесу є основою ефективного навчання. Враховуючи погляди на дорослу людину як відповідального учасника процесу навчання, ініціатора власного навчання можна сформулювати основні рекомендації, дотримання яких забезпечує успіх дорослих як суб'єктів навчання:

- до початку тренінгу проводити оцінку потреби у навчанні, оцінювати рівень знань учасників з відповідної тематики, їх досвід;
- прояснювати мету і завдання навчання;
- враховувати очікування і потреби, можливості й обмеження;
- розробляти навчальну програму згідно з правилами і з урахуванням потреб й особливостей дорослих людей;
- надавати можливість учасникам навчання проявляти ініціативу, бути активними учасниками процесу;
- прояснювати наміри і цілі дорослого щодо навчання, підвищувати їх рівень мотивації;

- орієнтуватись у процесі навчання на професійні проблеми і досвід дорослих;
- надавати можливість використання отриманих знань на практиці; переносити набуті знання і навички в робочі умови;
- пов'язувати новий матеріал з наявними знаннями і досвідом;
- враховувати наявність стримуючих факторів щодо навчання (індивідуальних, соціальних, часових, фінансових тощо);
- створювати мотивацію для подальшого навчання;
- широко використовувати активні методи навчання;
- заохочувати і підкріплювати досягнення учасників на основі зворотного зв'язку;
- при закріпленні матеріалу покладатися на розуміння, а не на пам'ять;
- орієнтуватися на короткі періоди навчальної активності, пам'ятати про правила («20–40», «15/85», «90/20/8»);
- створювати комфортну, безпечну атмосферу, вільну щодо висловлювання думок й ідей;
- дотримуватися правил формування та отримання зворотного зв'язку.

Література

1. Андрагогика в системі последипломного педагогического образования / Приходько В.Н., Присяжнюк Ю.С. Матеріали презентації.
2. Архіпова С.П. Основи андрагогіки : Навчальний посібник. – Черкаси, 2002.
3. Інтерактивні технології навчання дорослих: навчально-методичний посібник / Сисоєва С.О. НАПН України, Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих. – К. : ВД «ЕКМО», 2011. – 324 с.
4. Матеріали тренінгу для тренерів «Добровільне консультування та тестування на ВІЛ», РАТН, 2005.
5. Махлин М.Д. Особенности взрослых учащихся [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.znanie.org/journal/n4/st_vzros_uchash.html.
6. Змеев С.И. Технология обучения взрослых. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 128 с.
7. Литовченко І.М. Фактори мотивації дорослої людини до навчання у педагогічній спадщині М. Ноулза.
8. Панченко С.М. Психологічні особливості дорослої людини як суб'єкта навчання. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, 2013.
9. Ренат Акмалов. Создание тренинга – цикл Колба [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://akmalov.ru/esli-vyi-xotite-obuchat-lyudej/kak-sozdat-sobstvennyj-trening-i-obuchat-lyudej/sozдание-treninga-czikl-kolba.html>.
10. Unesco. The General Conference Adopts a Recommendation on Adult Education // Adult Education Information Notes. – Paris, 1977. – №1.
11. Knowles M.S. The Modern Practice of Adult Education. From Pedagogy to Andragogy. – Chicago, 1980.

12. Лук'янова Л.Б. Концептуальні положення освіти дорослих [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.rusnauka.com/7_NND_2009/Pedagogica/43099.doc.htm.
13. Артюшина М.В. Психологія діяльності та навчальний менеджмент [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://posibniki.com.ua/catalog-psihologiya-diyalnosti-ta-navchalniy-menedzhment--artyushina-m-v>.
14. Карпенко М.П., Чмыхова Е.В., Тихомирова И.В., Шляхта Н.Ф. Возрастные изменения темпа усвоения знаний // Труды СГУ. Вып. 17. 2000.
15. Abdullah M., Parasuraman. B., Muniapan B., Koren S. & Jones ML., Motivating factors associated with adult participation in distance learning program, International Education Studies, 1(4), 2008, P. 104–109 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1569&context=commpapers>.
16. Sally S. Russell, MN, CMSRN, CPP An Overview of Adult Learning Processes [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.medscape.com/viewarticle/547417_5.
17. Клаус Фопель. Эффективный воркшоп. Динамическое обучение, М.: «Генезис», 2003 г., С. 268–272.
18. Харламов И.Ф. Педагогика. 2-е изд., перер. и доп. – М.: Высшая школа., 1990. – С. 148–151.
19. Комогорова М.И. Характеристика процессу засвоєння знань [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.rusnauka.com/10_NPE_2011/Pedagogica/2_82677.doc.htm.
20. Педагогическая психология. Этапы процесса усвоения [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.ido.rudn.ru/psychology/pedagogical_psychology/7.html.
21. Margolis & Swan. The Trainer's Handbook for Participative Learning [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://thepeakperformancecenter.com/educational-learning/teaching-training/rules/>.
22. Михайлова О.Б. Особенности мотивации учебной деятельности во взрослом возрасте [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://litter-ref.ru/otrbewpolmerbewmer.html>.

ВСТУП ДО ТРЕНІНГУ. ВХІДНЕ АНКЕТУВАННЯ (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання

1. Ознайомити учасників з метою і завданнями циклу тематичного удосконалення (далі по тексту – ТУ) «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем».
2. Актуалізувати тематику тренінгу в межах циклу ТУ.
3. Створити позитивну робочу атмосферу до опанування завдань циклу ТУ.
4. Заповнити вхідну анкету для подальшої оцінки рівня обізнаності учасників циклу щодо тематики циклу ТУ.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - мету та завдання циклу ТУ «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем»;
 - особливості взаємодії в межах тренінгу;
 - правила спільної роботи в групі.
- Після вивчення теми учасники зможуть оцінити рівень власної обізнаності щодо тематики циклу ТУ.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Мета та завдання циклу ТУ»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація №3 до теми «Вступ до тренінгу. Вхідне анкетування»
2.	Знайомство «Інтерв'ю в парах»	30 хв.	Маркери, бейджи
3.	Обговорення в групі «Очікування учасників»	10 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, стікери
4.	Обговорення у групі «Прийняття правил роботи групи»	10 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери
5.	Індивідуальна робота «Вхідне анкетування»	25 хв.	Анкети, ручки
6.	Підбиття підсумків	5 хв.	-

1. Інформаційне повідомлення «Мета та завдання циклу ТУ» (10 хв.)

Тренер вітає учасників тренінгу, представляється і подає інформацію про організаційні й змістовні запитання циклу ТУ «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем». Тренеру варто поцікавитись в учасників, чи мають вони досвід участі у тренінгах і чи знайомі вони з такою формою роботи, й надає учасникам можливість відповісти на поставлене запитання.

Далі тренер пояснює учасникам, що пропонується цикл ТУ побудований на основі інтерактивного підходу і буде проходити у формі тренінгу. Тренінг – це така форма організації взаємодії й навчання, в умовах якої всі є однаково важливими учасниками процесу. Під час тренінгових занять ми будемо намагатися максимально використовувати активні й інтерактивні форми роботи, працювати у малих групах, у межах ролівої гри практикувати необхідні навички тощо.

Вкрай важливою для позитивного результату наших зустрічей в межах циклу буде активність у цій групі кожного.

Навчальний план та уніфікована програма циклу ТУ затверджені Вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика від 13.05.2015 р., а зміст розроблено в рамках проекту RESPECT «Зменшення стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, щодо представників груп найвищого ризику в медичних закладах України», що впроваджувався ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID).

Мета циклу ТУ: покращення знань, підвищення рівня сформованості умінь і навичок при роботі з ВІЛ-інфікованими хворими та зниження стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією, у сімейних лікарів (дільничних терапевтів/дільничних педіатрів).

Мета циклу тематичного удосконалення –

покращення знань, підвищення рівня сформованості умінь та навичок при роботі з ВІЛ-інфікованими хворими та зниження стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією у сімейних лікарів (дільничних терапевтів/дільничних педіатрів)

Слайд №2 презентації «Вступ до тренінгу. Вхідне анкетування»

Завдання циклу ТУ

забезпечити засвоєння принципів діагностики та лікування ВІЛ-інфекції

забезпечити засвоєння принципів діагностики та лікування опортуністичних захворювань

сприяти набуттю знань та відпрацюванню навичок щодо консультування ВІЛ-інфікованих пацієнтів

сформувати необхідні знання, уміння та навички для оволодіння методикою проведення ДКТ

Слайд №3 презентації «Вступ до тренінгу. Вхідне анкетування»

Завдання циклу ТУ:

- забезпечити засвоєння принципів діагностики та лікування ВІЛ-інфекції;
- забезпечити засвоєння принципів діагностики та лікування опортуністичних захворювань;
- сприяти набуттю знань і відпрацюванню навичок щодо консультування ВІЛ-інфікованих пацієнтів;
- сформуванати необхідні знання, уміння і навички для оволодіння методикою проведення ДКТ.

Програма циклу ТУ складається з 5-ти таких розділів:

1. Сучасні підходи до етіології, епідеміології та патогенезу ВІЛ-інфекції. Клінічна класифікація ВІЛ-інфекції.
2. Нормативно-правова база у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу. Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію.
3. Загальні підходи до АРТ, лікування та профілактики опортуністичних інфекцій.
4. Організація медичного нагляду за вагітними ВІЛ-позитивними жінками, за дітьми, які народжені ВІЛ-позитивними матерями, а також проведення диспансерного нагляду за ВІЛ-позитивними пацієнтами та надання їм паліативної допомоги.
5. Попередження стигматизації і дискримінації при роботі з ВІЛ-інфікованими пацієнтами.

Програма циклу ТУ

Розділ 1. Сучасні підходи до етіології, епідеміології та патогенезу ВІЛ-інфекції. Клінічна класифікація ВІЛ-інфекції

Розділ 2. Нормативно-правова база у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу. Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію

Розділ 3. Загальні підходи до АРТ, лікування та профілактики опортуністичних інфекцій

Розділ 4. Організація медичного нагляду за вагітними ВІЛ-позитивними жінками, за дітьми, які народжені ВІЛ-позитивними матерями, а також проведення диспансерного нагляду за ВІЛ-позитивними пацієнтами та надання їм паліативної допомоги

Розділ 5. Попередження стигматизації та дискримінації при роботі з ВІЛ-позитивними пацієнтами

Слайд №4 презентації «Вступ до тренінгу. Вхідне анкетування»

До уваги тренера!

Для актуалізації тематики на цьому етапі тренер може скористатися інформацією, поданою у Передмові до даного посібника.

2. Знайомство «Інтерв'ю в парах» (30 хв.)

Тренер просить учасників об'єднатися у пари за принципом «з ким я знайомий найменше» (за потреби, допомагає учасникам у цьому, об'єднуючи їх) і почати спілкування в режимі «інтерв'ю»: з'ясувати один в одного відповіді на запитання, подані нижче та представлені на слайді №5 презентації «Вступ до тренінгу. Вхідне анкетування».

1. Прізвище та ім'я.
2. Місце роботи та посада.
3. Як пов'язана ваша професійна діяльність з профілактикою ВІЛ-інфекції та СНІДу?
4. Життєве кредо (девіз чи твердження, в яке Ви вірите і якому слідуйте).

Тренер наголошує, що відповіді колеги потрібно запам'ятовувати або фіксувати у своєму блокноті, оскільки на наступному етапі необхідно буде представити колегу всім учасникам групи. На кожного партнера у парі для виконання даного завдання є по 3 хвилини.

Після завершення часу, визначеного на виконання завдання, тренер просить кожну пару презентувати один одного для всіх учасників і ведучих.

Знайомство «Інтерв'ю в парах»

Прізвище та ім'я

Місце роботи та посада

Як пов'язана Ваша професійна діяльність з профілактикою ВІЛ-інфекції та СНІДу?

Життєве кредо (девіз чи твердження, в яке Ви вірите і якому слідуйте)

Слайд №5 презентації «Вступ до тренінгу. Вхідне анкетування»

3. Обговорення в групі «Очікування учасників» (10 хв.)

Тренер просить учасників пригадати мету і завдання циклу ТУ «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем», який буде опановуватися під час тренінгових занять, а також, які розділи передбачає програма циклу.

З огляду на це, тренер просить учасників на заздалегідь розданих стікерах (по одному для кожного учасника), у відповідності до очікуваної тематики роботи, записати ключові запитання (1–2), які мають учасники (найбільше цікавлять, потребують уточнення, взагалі нові для учасника).

Коли більшість учасників зробили записи на стікерах, тренер пропонує всім, не озвучуючи запитання, приклеїти стікери із записами на заздалегідь підготовлений аркуш фліпчарту.

На наступному етапі тренер коментує, що в кінці заняття він ознайомиться з очікуваннями учасників і обов'язково врахує їх при проведенні наступних занять.

Очікування учасників

*Сформулюйте 1 чи 2 запитання,
відповіді на які будуть важливими для вас
у результаті вивчення матеріалу Циклу,
та запишіть їх на стікері*

Слайд №6 презентації «Вступ до тренінгу. Вхідне анкетування»

4. Обговорення у групі «Прийняття правил роботи групи» (10 хв.)

Тренер звертається до учасників із такими запитаннями:

1. Що таке правила?
2. Яка роль правил у нашому житті?
3. Як називаються правила, за якими функціонує, наприклад, держава (закони)? Де вони прописані?

Після обговорення тренер наголошує, що наша група, як вже зазначалося, буде працювати у форматі тренінгу, а для того, щоб всім було комфортно взаємодіяти у ній, і щоб досягнення мети було безпечним та швидшим, необхідно розробити свої правила взаємодії.

Тренер ставить групі запитання:

«Отже, які правила/норми поведінки у групі ви пропонуєте?»

Тренер просить пояснити кожне запропоноване правило або розтлумачує самостійно, якщо учаснику важко прокоментувати свою пропозицію. Після чого кожне правило затверджується або відхиляється групою.

По завершенні вправи тренер ставить під останнім правилом три крапки і коментує:

«Три крапки символізують те, що перелік є відкритим для доповнень упродовж всього циклу занять, якщо в цьому буде потреба в ході роботи».

Після цього тренер вивішує список правил на видному для всіх місці.

До уваги тренера!

Рекомендовані варіанти правил, якщо учасникам важко визначити правила групової роботи: поважати думку інших, говорити по черзі («правило піднятої руки»), говорити від свого імені, дотримуватися регламенту, бути позитивно налаштованим тощо.

Правила роботи групи

Назвіть основні правила/принципи роботи групи, або особливі норми поведінки у групі, яких ми будемо дотримуватися у ході роботи для досягнення якнайкращого результату

Слайд №7 презентації «Вступ до тренінгу. Вхідне анкетування»

5. Індивідуальна робота «Вхідне анкетування» (25 хв.)

Тренер роздає кожному учаснику групи вхідну анкету і просить уважно прочитати поставлені запитання й обрати один із запропонованих варіантів відповіді.

На виконання даного завдання учасники отримують 25 хвилин.

По завершенні визначеного часу тренер дякує учасникам за роботу і збирає анкети.

6. Підбиття підсумків (5 хв.)

У ході підбиття підсумків сесії тренеру необхідно звернути увагу учасників на актуальність отримання знань щодо принципів діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, опортуністичних захворювань, набуття знань та відпрацювання навичок щодо консультування ВІЛ-інфікованих пацієнтів, оволодіння методикою проведення ДКТ, що буде розглянуто у Циклі ТУ.

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЕТІОЛОГІЇ, ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ. КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

ТЕМА 1.1. СУЧАСНИЙ СТАН ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання

1. Надати інформацію щодо епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в світі та Україні.
2. З'ясувати особливості перебігу епідемії ВІЛ-інфекції на сучасному етапі в світі та Україні.
3. Ознайомити з показниками рівня інфікованості ВІЛ серед основних груп ризику.
4. Надати інформацію щодо епідемічної ситуації з ТБ, ВІЛ/ТБ в світі та Україні.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - статистичні дані щодо розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, ТБ, ВІЛ/ТБ у світі та Україні;
 - особливості перебігу епідемії ВІЛ-інфекції на сучасному етапі в світі та Україні.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - аналізувати інформацію щодо епідемічної ситуації з ВІЛ, ВІЛ/ТБ в світі та Україні.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Мозковий штурм «Асоціації щодо понять ВІЛ-інфекція та СНІД»	5 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, презентація до теми 1.1 «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»
2.	Інформаційне повідомлення «Поняття ВІЛ-інфекція та СНІД»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.1 «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»
3.	Інформаційне повідомлення «Глобальні оцінки епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу»	15 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.1 «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
4.	Інформаційне повідомлення «Епідеміологічна ситуація щодо ТБ, ВІЛ/ТБ в світі»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.1 «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»
5.	Мозковий штурм «Асоціації щодо розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні»	5 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, презентація до теми 1.1 «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»
6.	Інформаційне повідомлення «Етапи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/ СНІДу в Україні»	15 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.1 «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»
7.	Інформаційне повідомлення «Показники рівня інфікованості ВІЛ серед основних груп підвищеного ризику»	15 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.1 «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»
8.	Інформаційне повідомлення «Доступ до антиретровірусної терапії»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.1 «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»
9.	Обговорення	5 хв.	-
10.	Підбиття підсумків	5 хв.	-

1. Мозковий штурм «Асоціації щодо поняття ВІЛ-інфекція та СНІД» (5 хв.)

Мозковий штурм

Які асоціації у вас виникають щодо поняття ВІЛ-інфекція, СНІД?

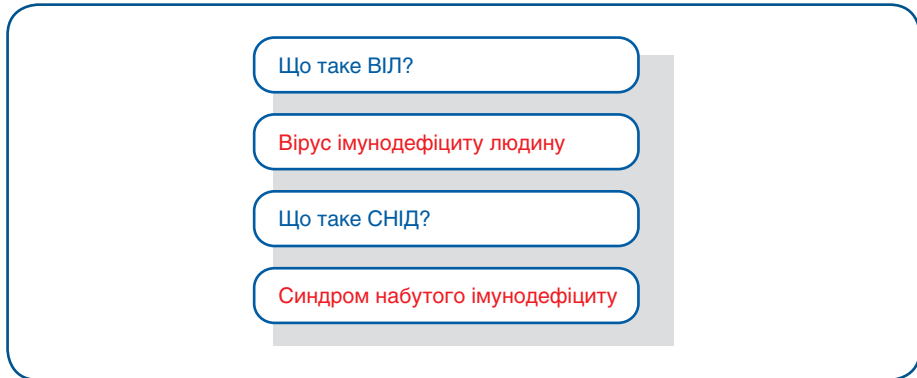


Слайд №4 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Які асоціації у вас виникають щодо поняття ВІЛ-інфекція та СНІД?». Учасники називають, а тренер фіксує всі їх вислови на фліпчарті. Мозковий штурм дасть можливість тренеру зрозуміти рівень обізнаності аудиторії та установок щодо ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Після мозкового штурму тренер переходить до інформаційного повідомлення.

2. Інформаційне повідомлення «Поняття ВІЛ-інфекція та СНІД» (5 хв.)



Слайд №5 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

ВІЛ – це вірус імунодефіциту людини, що потрапляючи до організму людини, викликає ВІЛ-інфекцію. ВІЛ-інфекція – це хронічне захворювання, що розвивається в результаті довготривалої персистенції ВІЛ і характеризується повільним ураженням імунної та інших систем.

СНІД – це синдром набутого імунного дефіциту. СНІД – це заключна стадія ВІЛ-інфекції, яка характеризується розвитком опортуністичних інфекцій та онкологічних захворювань. Поняття СНІД не рекомендоване для використання як окремої нозологічної одиниці, оскільки це просунута стадія розвитку ВІЛ-інфекції.



Слайд №6 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

У 1990-ті роки загальновідомими стали факти смерті від СНІДу діячів культури і мистецтва Америки та Європи – акторів, музикантів, письменників. У їх числі музикант, рок-зірка Фредді Меркьюрі; всесвітньовідомий танцівник Рудольф Нурієв; голлівудський кіноактор Рок Хадсон; легендарний американський тенісист Артур Еш; письменник-фантаст Айзек Азімов; американський актор Ентоні Перкінс; американський джазовий музикант і композитор Майлз Девіс. Трагічні долі цих діячів мистецтва привернули особливу увагу до епідемії ВІЛ-інфекції й СНІДу і багато в чому гуманізували ставлення суспільства до цієї проблеми.

2. Інформаційне повідомлення «Глобальні оцінки епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу» (15 хв.)

ВІЛ-інфекція/СНІД упродовж короткого часу набула характеру пандемії, охопила всі континенти нашої планети. За оцінками програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ-інфекції/СНІДу (ЮНЕЙДС), із початку поширення пандемії ВІЛ-інфекції у світі інфікувалося вірусом імунодефіциту 78 млн людей, від СНІДу померло 39 млн осіб.

Глобальні оцінки епідемії ВІЛ/СНІДу (2013 р.)

Кількість людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

Загалом – 35 млн:

- дорослі – 29,7 млн;
- жінки – 1,3 млн;
- діти (до 15 років) – 3,2 млн;
- підлітки – 2,1 млн.

Кількість нових випадків інфікування ВІЛ (скоротилась на 13% за останні три роки).

Загалом – 2,1 млн:

- дорослі – 2,0 млн;
- жінки – 380 тис.;
- діти (до 15 років) – 240 тис. (зменшилась на 58% у порівнянні з 2001 р.).

Кількість смертей від СНІДу.

Загалом – 1,5 млн (знизилась на 35% у порівнянні з 2005 р.).

Глобальна стратегія ЮНЕЙДС «Прямуювання до нуля» на 2011–2015 роки:

- нуль нових випадків інфікування;
- нуль смертей, пов'язаних зі СНІДом;
- нуль дискримінації.

Слайд №7 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

За даними ЮНЕЙДС Gapreport у 2013 р. кількість ЛЖВ становила 35 [33,2–37,2] млн, кількість нових випадків інфікування – 2,1 [1,9–2,4] млн; 1,5 [1,4–1,7] млн людей померли від захворювань, пов'язаних зі СНІДом. У цьому ж році приблизно 240 000 [210 000 – 280 000] дітей народилися з ВІЛ. Загальна кількість дітей з ВІЛ-інфекцією, молодших за 15 років, становила 3,2 млн, підлітків – 2,1 млн.

Тільки за останні три роки кількість нових випадків ВІЛ-інфекції знизилася на 13%.

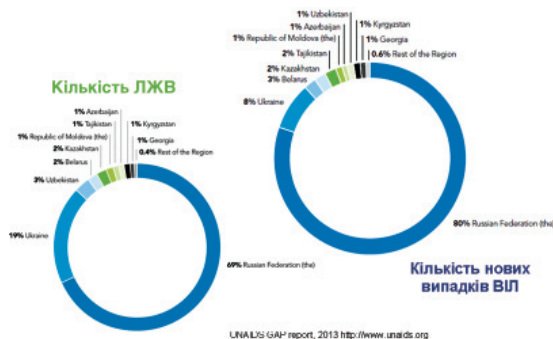
Число смертей у зв'язку зі СНІДом виявилось найнижчим після пікового 2005 р. – зниження склало 35%. Провідною причиною смерті серед людей, які живуть з ВІЛ (далі по тексту – ЛЖВ), як і раніше залишається туберкульоз.

Впродовж останніх років зусилля світової охорони здоров'я у протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу призвели до значних успіхів, досягнутих у напрямі намі-

чених цілей Глобальної стратегії ЮНЕЙДС (Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу) на 2011–2015 рр., більш відомої як Стратегія «Прямування до нуля»:

- нуль нових випадків інфікування;
- нуль смертей, пов'язаних зі СНІДом;
- нуль дискримінації.

Стан епідемії ВІЛ у Східній Європі та Центральній Азії



Слайд №8 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

Східна Європа та Центральна Азія. За оцінками ЮНЕЙДС, кількість ЛЖВ у Східній Європі та Центральній Азії у 2013 р. склала 1,1 мільйона осіб. При чому 69% ВІЛ-інфікованих зареєстровані у Російській Федерації, 19% – в Україні, 3% – в Узбекистані, по 2% – в Білорусі та Казахстані, по 1% – в Киргизстані, Грузії, Таджикистані, Азербайджані, Республіці Молдова і 0,4% – в решті частини регіону.

Після 2005 р. кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у Східній Європі та Центральній Азії зросла на 5%, у 2013 р. вона становила 110 тис., у відсотковому співвідношенні 80% випадків реєструвалися у РФ, 8% – в Україні, 3% – в Білорусі, по 2% – в Таджикистані та Казахстані, по 1% – в Узбекистані, Азербайджані, Киргизстані, Грузії, Республіці Молдова і 0,6% – в решті частини регіону.

Відсоток ЛЖВ, які отримують лікування, виявився найвищим у Західній Європі і в Північній Америці – 51% [39–60%] і в Латинській Америці – 45% [33–51%].

4. Інформаційне повідомлення «Епідеміологічна ситуація щодо ТБ, ВІЛ/ТБ в світі» (10 хв.)

За рівнем захворюваності туберкульоз (далі по тексті – ТБ) є другим після ВІЛ-інфекції. У 2013 р. 9 мільйонів осіб захворіли на ТБ і 1,5 мільйона осіб померли від цієї хвороби. У всьому світі в 2013 р. 480 000 осіб мають мультирезистентний ТБ (далі – МРТБ).

Глобальні оцінки епідемії ТБ (2013 р.)

Кількість людей, які живуть з ТБ:

- загалом – 9 млн;
- діти – 550 тис.;
- МРТБ – 480 тис.

Кількість смертей від ТБ:

- загалом – 1,5 млн (95% у країнах з низьким/середнім доходом);
- діти – 80 тис.

Політика спільних дій в області ТБ/ВІЛ:

- об'єднання і координація зусиль по ТБ/ВІЛ на рівні країни;
- профілактика ТБ серед ВІЛ-пацієнтів;
- профілактика ВІЛ серед хворих на туберкульоз.

Стратегія Три «І» (зниження тягаря ТБ серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів):

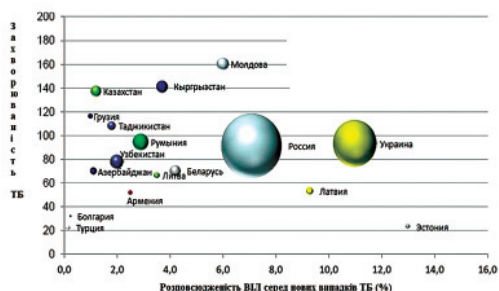
- інтенсивне виявлення випадків ТБ;
- ізоніазидна профілактична терапія;
- інфекційний контроль.

Слайд №9 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

Більше 95% смертей від ТБ відбуваються у країнах з низьким і середнім рівнем доходу, ТБ входить у п'ятірку основних причин смерті жінок у віці від 15 до 44 років. У 2013 р. 550 тисяч дітей захворіли на ТБ та 80 тис. ВІЛ-негативних дітей померли від цього захворювання.

Низка країн, таких як Російська Федерація, Україна, Румунія, Узбекистан, Таджикистан, Туркменістан, Білорусь, Киргизстан, Республіка Молдова, Вірменія, Литва, Естонія, Болгарія, Туреччина є пріоритетними щодо організації заходів з протидії поширенню ТБ.

Тягар ТБ, східноєвропейський центральноазиатський регіон (2013 р.)



<http://watsu.com.ua>

Слайд №10 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько однієї чверті (28%) всіх смертей у зв'язку з ВІЛ пов'язані з ТБ.

В Україні епідемія ВІЛ щороку спричиняє збільшення числа випадків захворюваності на ТБ,- однієї з найбільш поширених ко-інфекцій у ЛЖВ. Головною

метою заходів щодо зниження кількості випадків ко-інфекції ВІЛ/ТБ є зменшення тягаря ТБ серед людей з ВІЛ/СНІДом, та полегшення тягаря ВІЛ серед пацієнтів з ТБ.

З 2004 р. і до кінця 2012 р. кількість смертей від ТБ серед ЛЖВ у всьому світі знизилась на 36%. За оцінками ВООЗ, розширення масштабів діяльності спільних заходів щодо ВІЛ та ТБ допомогло запобігти близько 1,3 мільйона смертей з 2005-го по 2012 роки.

Більшість хворих на ТБ на даний час отримують антиретровірусну терапію. На десять країн припадає понад 80% світової кількості зареєстрованих ЛЖВ з ТБ, які отримують антиретровірусну терапію.

У межах відповідних заходів ВООЗ розробила політику в галузі надання комплексних послуг у зв'язку з ТБ і ВІЛ, спрямовану на зниження тягаря ТБ для ЛЖВ та тягаря ВІЛ-інфекції для хворих на ТБ.

Політика спільних дій у галузі ТБ/ВІЛ передбачає 12 кроків, які повинні бути зроблені в межах національних програм з ТБ і ВІЛ для забезпечення заходів у відповідь на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ.

Ключові напрями цієї політики такі:

- об'єднання і координація зусиль по протидії ТБ/ВІЛ на рівні країни;
- профілактика ТБ серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів;
- профілактика ВІЛ-інфекції серед хворих на ТБ.

Практичні підходи щодо зниження тягаря ТБ серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів сформульовані в стратегії Три «І» (Інтенсивне виявлення випадків ТБ, Ізоніазидна профілактична терапія й Інфекційний контроль).

5. Мозковий штурм «Асоціації щодо розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні» (5 хв.)

Мозковий штурм



Слайд №11 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Які асоціації у вас виникають щодо розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні?». Учасники називають, а тренер фіксує всі їх вислови на фліпчарті. Мозковий штурм дасть можливість тренеру зрозуміти рівень обізнаності аудиторії та її установок щодо розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Після мозкового штурму тренер переходить до презентації.

6. Інформаційне повідомлення «Етапи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/ СНІДу в Україні» (15 хв.)

Етапи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні

1 етап. 1987–1994 рр.

Темп розвитку – **повільний**.

Основні джерела інфікування – громадяни інших країн.

Основний контингент уражених – ЧСЧ, ЖКС.

Основний шлях передачі – статевий – 30–55 випадків на рік.

2 етап. 1995–1998 рр.

Темп розвитку – **епідемічний спалах**.

Основні джерела інфікування – СІНи і їхні сексуальні партнери. Число нових випадків зросло в 60 разів. Основний шлях передачі – **парентеральний**.

3 етап. 1999–2007 рр.

Темп розвитку – **концентрована епідемія**.

Тенденція виходу ВІЛ-інфекції за рамки груп ризику.

Статевий шлях передачі переважає, при цьому епідемічне значення зберігається за парентеральним шляхом передачі.

4 етап. 2008 р. – по теперішній час.

Темп розвитку – **концентрована епідемія**.

Вихід епідемії за межі груп підвищеного ризику інфікування.

Переважає статевий шлях передачі, в тому числі зростає гомосексуальний шлях передачі ВІЛ.

Слайд №12 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

Ретроспективний аналіз захворюваності на ВІЛ-інфекцію за весь період епідеміологічного спостереження дає змогу умовно виділити чотири основних етапи еволюції епідеміологічного процесу (далі по тексту – ЕП) ВІЛ-інфекції в Україні, які відрізнялися кількісними та якісними параметрами, і, перш за все, інтенсивністю й домінуючими шляхами передачі збудника.

1-й етап ЕП. Перші випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України було зареєстровано у 1987 р. серед статевих партнерів ВІЛ-інфікованих іноземців. Уже наприкінці 1987 р. зареєстрували п'ять ВІЛ-інфікованих жінок та одного чоловіка. Основний шлях інфікування у цей період – статевий (78,1%), переважно гетеросексуальний. Зазначений період характеризувався повільним накопиченням кількості хворих на ВІЛ-інфекцію – 30–40 осіб щорічно. Загалом за період з 1987 р. до 1994 р. було зареєстровано 183 ВІЛ-інфікованих громадян України.

2-й етап ЕП. Переломними у розвитку епідемії стали 1994–1995 рр., коли було доведено два перші випадки інфікування ін'єкційним шляхом під час вживання наркотиків. Саме з цього часу розпочинається концентрована стадія у розвитку епідемії, коли більшість випадків ВІЛ-інфекції зосереджується (концентрується) у групі споживачів ін'єкційних наркотиків (далі по тексту – СІН). Темпи розвитку епідемії у цей період можна охарактеризувати як епідемічний «спалах», оскільки за досить короткий час епідемія охопила велику кількість людей, з 0,2 у 1995 р. до 9,0 у 1998 р. (на 100 тис. населення). Починаючи з 1995 р. кількість ВІЛ-інфікованих СІН стала стрімко збільшуватися. Частка ВІЛ-інфікованих СІН від загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції складала 68,5% у 1995 р., 83,6% – у 1997 р. і 76,0% – у 1998 р. Співвідношення ВІЛ-інфікованих чоловіків та жінок з групи СІН дорівнювало 4:1.

3-й етап ЕП у 1999–2007 рр. характеризувався подальшим збільшенням нових випадків ВІЛ-інфікування, кількості хворих та померлих від СНІДу. Крім того, протягом 3-го етапу ЕП спостерігалось зростання частки статевого шляху передачі

ВІЛ – з 22,7% до 38,4% та дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, – з 9,0% до 19,4%. Підтвердженням активізації статевого шляху було зростання протягом 1999–2007 рр. показників інфікованості ВІЛ серед осіб, які мали незахищені сексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами, – з 8,32% до 18,71% та серед осіб з інфекціями, що передаються статевим шляхом (далі – ІПСШ), – з 0,63 до 1,5%.

Відповідно до кількісних критеріїв ВООЗ та ЮНЕЙДС епідемія ВІЛ-інфекції в Україні на 3-му етапі ЕП знаходилася в концентрованій стадії, тобто «поширеність ВІЛ стійко перевищувала 5%, як мінімум, в одній з уразливих груп населення». За результатами дозорних епідеміологічних досліджень 1999-го і 2007 років поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН зросла з 11,6% до 41,4%, серед робітників комерційного сексу (далі по тексту – РКС) – з 9,8% до 28,0%. Показник поширеності ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками (далі по тексту – ЧСЧ), у 2007 р. дорівнював 16,0%.

4-й етап ЕП. У 2008 р. відбулася зміна шляхів передачі ВІЛ-інфекції з переважанням статевого. Протягом 2008–2012 рр. частка чоловіків перевищувала частку жінок як серед нових випадків ВІЛ-інфекції (55–58%), так і серед нових випадків СНІДу (68–71%). Встановлено, що сьогодні зростання кількості офіційно зареєстрованих осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції в основному відбувається за рахунок чоловіків, які частіше, ніж жінки, залучалися до ЕП протягом другого та третього періоду його розвитку.

Україна досі залишається в категорії країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції, а СІН є найбільш ураженою ВІЛ-інфекцією групою. У 2014 р. частка осіб, які були інфіковані ВІЛ статевим шляхом, зріс до 57,1% (у т.ч. гомосексуальним – 2,5%), СІН – до 23,6%.

Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні

За період 1987–2014 рр. серед громадян України:

- 264 489 ВІЛ-інфікованих осіб;
- 75 577 хворих на СНІД;
- 35 425 померлих від СНІДу.

Станом на 01.01.2015 р. у ЗОЗ на обліку перебувало:

- 137 970 ВІЛ(+) (322,5 на 100 тис. населення);
- 33 279 хворих на СНІД (77,8 на 100 тис. населення).

Території з високим рівнем поширеності ВІЛ – південно-східні регіони України; з низьким рівнем – західні області.

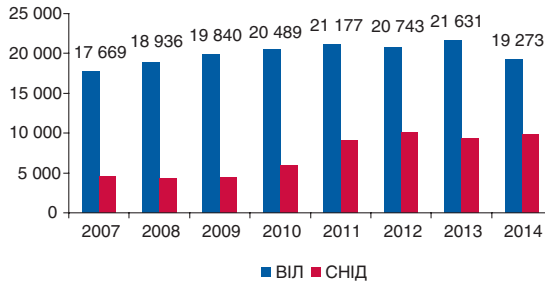
Слайд №13 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

За період 1987–2014 рр., станом на 01.01.2015 р. за офіційними даними ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», серед громадян України зареєстровано 264 489 ВІЛ-інфікованих осіб, 75 577 хворих на СНІД та 35 425 померлих від захворювань, зумовлених СНІДом.

Вивчення динаміки реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу за період 1987–2014 рр. показало, що відмічається тенденція до зменшення кількості осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції та збільшення кількості осіб з уперше у житті встановленим діагнозом СНІД. Так, в 2014 р. кількість осіб з уперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції була меншою на 1 248 осіб у порівнянні з 2010 р. (2010 р. – 20 521, 2014 р. – 19 273). В 2014 р. кількість осіб з уперше у житті встановленим діагнозом СНІД збільшилась на 3973 особи (2010 р. – 5 871, 2014 р. – 9 844).

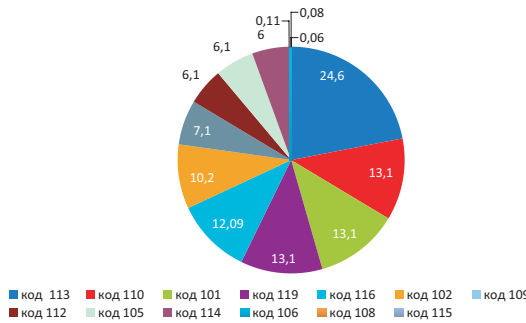
Станом на 01.01.2015 р. у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) служби профілактики та боротьби зі СНІДом під медичним наглядом перебувають 137 970 ВІЛ-позитивних громадян України (322,5 на 100 тис. населення), у тому числі 33 279 хворих на СНІД (77,8 на 100 тис. населення).

Динаміка реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу за період 1987–2014 рр.



Слайд №14 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

Результати сероепідмоніторингу поширення ВІЛ за результатами серологічної діагностики в Україні у 2014 р.



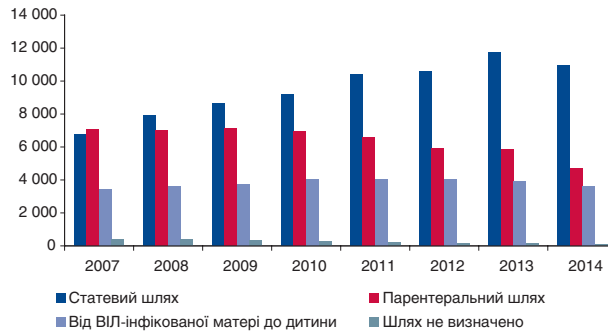
Слайд №15 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

У структурі позитивних результатів тестування на ВІЛ у 2014 р. найбільша частка припадає на осіб, виявлених за такими кодами (причинами) обстеження на наявність антитіл до ВІЛ:

- код 113 – особи, які мають захворювання, симптоми і синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні за медичною допомогою в ЗОЗ (24,6%);
- код 110 – діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, обстежені первинно у пологовому будинку (13,1%);
- код 116 – обстежені за власною ініціативою (12,09%);

- код 102 – споживачі ін'єкційних наркотичних речовин (10,2%);
- код 109 – вагітні (7,1%);
- код 112 – особи, які перебувають у місцях позбавлення волі (6,1%);
- код 105 – особи з ризикованою статеву поведінкою (6,1%);
- код 114 – особи, обстежені анонімно (6,0%).

Шляхи інфікування ВІЛ за період 1987–2014 рр.



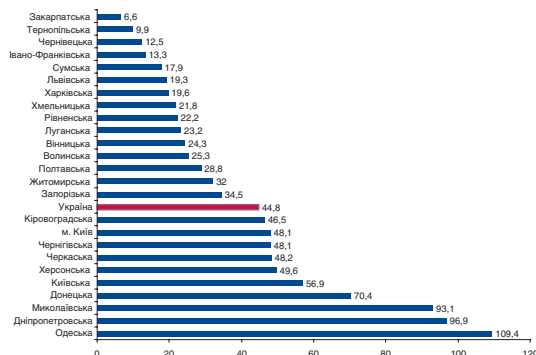
Слайд №16 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

Вивчення структури шляхів передачі ВІЛ-інфекції серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції за період 2008–2014 рр. показало, що відмічається тенденція до зростання статевого шляху передачі, як гомо-, так і гетеросексуального, та зменшення частоти інфікування парентеральним шляхом. Необхідно також відзначити зниження рівня вертикальної трансмісії ВІЛ від інфікованої матері до дитини. Так, частота передачі ВІЛ від матері до дитини у 2001 р. складала 27,8%, а в 2012 р. уже 4,3%. У новій Загальнодержавній програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. поставлено завдання виключення (елімінації) випадків передачі ВІЛ від матері до дитини та зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини до 0% у 2018 р.

Так, у 2014 р. продовжувала зростати частка осіб із статевим (гомо- та гетеросексуальним) шляхом інфікування ВІЛ – 69,2%. Відповідно, частка осіб, які інфікувалися ВІЛ унаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, за цей період становила 24,2%.

Найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію реєструються на південно-східних територіях України, до яких належать Одеська (109,4 на 100 тис. населення), Дніпропетровська (96,9), Миколаївська (93,1) і Донецька (70,4) області. Найвищі темпи приросту даного показника у порівнянні з 2013 р., зафіксовано в Київській (+35,2%), Кіровоградській (+32,7%), Черкаській (+32,6%), Вінницькій (+25,2%), Львівській (+17,3%) та Івано-Франківській (+15,7%) областях.

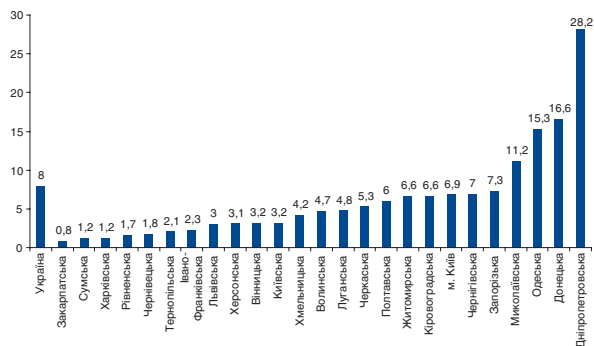
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в Україні в 2014 р.



Слайд №17 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

За період 2009–2014 рр. в Україні показник охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних осіб у ЗОЗ служби СНІДу мав тенденцію до збільшення – 54,5% у 2009-му, і відповідно у наступних роках – 60,6%, 62,7%, 65,0%, 68,3%, 70,8%. Проте, третина ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних досліджень, не звертається до медичних закладів для взяття на облік у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. Найнижчі рівні охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним наглядом у 2014 р. встановлені у м. Києві (45,1%), Львівській (58,6%), Житомирській (61,7%), Харківській (65,0%), Київській (65,6%), Одеській (68,2%), Чернігівській (69,9%) областях.

Смертність від СНІДу по регіонах України, 2014 р.



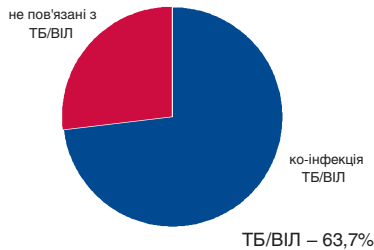
Слайд №18 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

У 2014 р. у 4-х регіонах України показник смертності від СНІДу перевищував середній по країні, а саме, у Дніпропетровській області він становив 28,2 на 100 тис. населення, Донецькій (16,6), Одеській (15,3), Миколаївській (11,2). Від'ємні темпи приросту показника смертності від СНІДу були зафіксовані у 12 регіонах України.

У 2014 р. структура причин летальних випадків хворих на ВІЛ-інфекцію (5 093 особи) була такою:

- 63,5% смертей (3 742 особи) безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, з них 58,1% (3 426 осіб) – смерть у ІV клінічній стадії ВІЛ-інфекції (СНІД);
- 36,1% смертей (2 127 осіб) не пов'язані безпосередньо з ВІЛ-інфекцією;
- для 0,4% померлих (24 особи) причини смерті залишилися невизначеними.

Структура причин смерті ВІЛ-позитивних осіб, пов'язаних та не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (2014 р.)



Слайд №19 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

Основною ко-інфекцією та причиною смерті у хворих на СНІД залишається туберкульоз. У 2014 р. частка летальних випадків, обумовлених поєднаною інфекцією ТБ/ВІЛ, серед загальної кількості померлих від СНІДу становила 63,7% (у 2013 р. – 62,7%).

7. Інформаційне повідомлення «Показники рівня інфікованості ВІЛ серед основних груп підвищеного ризику» (15 хв.)

У 2014 р. Україна звітувала за показниками Національного звіту України з виконання рішень «Політичної декларації з ВІЛ/СНІД: активізація наших зусиль з викорінення ВІЛ/СНІД» (GARP), виконання Дублінської Декларації (DD) та Спільного інструменту ВООЗ, ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС з моніторингу досягнення Універсального доступу (UA) за 2012–2013 рр. На виконання пункту 3.1. Наказу МОЗ України від 09.02.2012 р. №97 «Про затвердження Національного плану моніторингу та оцінки виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2012–2013 роки» було підготовлено звіт про результати моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції за 2013 рік.

Показник «Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ» розраховувався, базуючись на результатах біоповедінкового дослідження, проведеного у 2014 р. ІП «ГФК ЮКРЕЙН» на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та УЦКС. У 12 регіонах України було проведено біоповедінкове дослідження серед 1 806 клієнтів ЖКС. Обрана географія дослідження,

підходи до рекрутингу клієнтів до дослідження дозволило вперше для України зібрати репрезентативні поведінкові та епідемічні показники серед представників цієї групи.

Показники рівня інфікованості ВІЛ серед ЖКС

Рівень поширеності:	За віком:
<ul style="list-style-type: none"> • 2014 р. – 5%; • 2013 р. – 7,3%; • 2011 р. – 9,0%; • 2009 р. – 12,9% 	<ul style="list-style-type: none"> • старша група (35–40 років) – 8%; • молодша група (15–24) – 1%.
ЖКС – СІН (+):	ЖКС – СІН (-):
<ul style="list-style-type: none"> • 2014 р. – 18%; • 2013 р. – 27,6%; • 2011 р. – 45,5%; • 2008/2009 рр. – 42,2% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2014 р. – 4%; • 2013 р. – 5,8%.

Найбільш уражені регіони – південні та центральні області України, м.Київ.

Слайд №20 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

Показник поширеності ВІЛ-інфекції, гепатитів В і С, сифілісу розраховувалися, базуючись на результатах тестування зразків крові із застосуванням швидких мультитестів на чотири інфекції. Рівень поширеності ВІЛ серед клієнтів ЖКС становить 5%, гепатиту С – 13%, гепатиту В та сифілісу – по 2%.

Частка клієнтів ЖКС, що отримали ВІЛ-позитивний результат тесту, серед клієнтів, які мають практику вживання ін'єкційних наркотиків протягом останніх 12 місяців, становить 18%, серед клієнтів, які не є СІН цей показник зафіксований на рівні 4%.

Як і в попередні роки, більш ураженою ВІЛ-інфекцією залишається старша група: серед ЖКС віком від 35 років і старше показник досягає 8%, серед молодшої групи – 1%.

Частка ЖКС, у кого виявлені антитіла до ВІЛ, найвища в Одесі і Києві (11% та 9% відповідно).

Показник «Відсоток ЧСЧ» розраховувався в межах інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління», проведеного у період з 27 квітня по 1 жовтня 2013 р. Дослідження проводилось Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України у співпраці з ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» та НУО, за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

За даними моделювання розвитку епідемії ВІЛ-інфекції та оцінками експертів, група ЧСЧ залишається такою, де поширеність ВІЛ в найближчі роки зростатиме. Показник розрахований за даними біоповедінкового дослідження, проведеного на основі результатів тестування експрес-тестами 8 100 учасників.

У 2013 р. показник поширення ВІЛ серед ЧСЧ становив 5,9%, в 2009 р. цей показник складав 8,6%, у 2011 р. – 6,4%, що свідчить про поступове зменшення питомої ваги ВІЛ-інфікованих серед групи ЧСЧ.

Як і в попередні роки, більш ураженою ВІЛ-інфекцією залишається старша група: серед ЧСЧ віком 25 років і старше показник досягає 7,7%, серед молодшої групи – 3,0%. Найбільш ураженими регіонами за показником поширеності ВІЛ серед ЧСЧ традиційно залишаються східні та деякі південні регіони.

Показники рівня інфікованості ВІЛ серед ЧСЧ

Рівень поширеності:	Інфікованість у вікових групах:
<ul style="list-style-type: none"> • 2013 р. – 5,9%; • 2011 р. – 6,4%; • 2009 р. – 8,6%. 	<ul style="list-style-type: none"> • старша група (25 років і старше) – 7,7%; • молодша група – 3,0%.

Найбільш уражені регіони: східні та деякі південні регіони України.

- Результати дозорного епіднагляду не збігаються з офіційними даними.
- Епідемія в групі ЧСЧ є прихованою.
- Група ЧСЧ залишається такою, де поширеність ВІЛ в найближчі роки зростатиме.

Слайд №21 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

Дані офіційної статистики щодо інфікування ВІЛ серед групи ЧСЧ суттєво відрізняються від даних проведеного дослідження. У 2013 р. було офіційно зареєстровано лише 262 випадки інфікування ВІЛ серед ЧСЧ. Такі розбіжності пов'язані, в першу чергу, з тим, що група ЧСЧ досі залишається доволі стигматизованою і чоловіки, які практикують таку поведінку, не повідомляють про свою приналежність до групи ЧСЧ під час взяття під медичний нагляд та визначення ймовірного шляху передачі ВІЛ.

Результати дозорних досліджень демонструють високий рівень інфікування серед ЧСЧ в регіонах з традиційно низьким рівнем поширеності ВІЛ. З огляду на той факт, що результати дозорного епіднагляду не збігаються з офіційними даними, можна припустити, що сьогодні існує суттєве недо врахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних з сексуальними стосунками серед чоловіків.

Показник «Відсоток СІН, які живуть з ВІЛ» розраховувався, базуючись на результатах, проведених в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління», проведеного у період з 26 квітня по 29 жовтня 2013 р. Дослідження проводилось Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. О. Яременка у співпраці з ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» та НУО, за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Люди, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, все ще залишаються групою з найвищим рівнем поширення ВІЛ-інфекції, що підтверджується як даними офіційної статистики, так і даними досліджень. Представлений показник дає змогу оцінити досягнутий прогрес країни на шляху зниження поширення ВІЛ серед СІН.

Показники рівня інфікованості ВІЛ серед СІН

Рівень поширеності:	За віком:
<ul style="list-style-type: none"> • 2013 р. – 19,7%; • 2011 р. – 21,5%; • 2008/2009 рр. – 22,9%. 	<ul style="list-style-type: none"> • старша група (25 років і старше) – 21,7%; • молодша група – 6,4%.
За статтю:	Стаж вживання ін'єкційних наркотиків:
<ul style="list-style-type: none"> • жінки – 22,4%; • чоловіки – 18,8%. 	до 3-х років – 3,5%
Найбільш уражені регіони	Кіровоградська, Київська, Чернігівська, Вінницька, Одеська, Львівська, Дніпропетровська, Житомирська, Миколаївська обл. та м. Київ
У 2014 р. поширеність ВІЛ серед СІН перевищує середній показник по країні і становить від 16,7% у Кіровоградській області до 3,2% у Миколаївській.	

Слайд №22 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

Показник розрахований за даними біоповедінкового дослідження 2013 р. на основі результатів тестування експрес-тестами 9 502 учасників. У 2013 р. показник поширення ВІЛ серед СІН становив 19,7%; в 2008–2009 р. цей показник складав 22,9%, в 2011 р. – 21,5%, що свідчить про поступове зменшення поширеності ВІЛ серед СІН. Найвищі показники поширеності ВІЛ серед СІН зафіксовані в Дніпропетровську, Миколаєві й Одесі.

Як і в попередні роки, більш ураженою ВІЛ-інфекцією залишається старша група: серед СІН віком 25 років і старше цей показник досягає 21,7%, серед молодшої групи – 6,4%. Жінки також є більш уразливими до ВІЛ-інфікування – серед них рівень поширення ВІЛ-інфекції становить 22,4%, серед чоловіків – 18,8%.

Крім наведених показників, для виявлення нових випадків інфікування ВІЛ серед СІН рекомендовано розраховувати показник інфікування ВІЛ серед осіб зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків до трьох років. У цій групі рівень поширеності ВІЛ, за даними біоповедінкового дослідження 2013 р., складає 3,5%.

8. Інформаційне повідомлення «Доступ до антиретровірусної терапії» (10 хв.)

Станом на 01.01.2015 р. антиретровірусну терапію (далі по тексту – АРТ) отримувало 66 409 осіб.

Станом на 01.01.2015 р., схеми АРТ 1-го ряду отримують 93,3% пацієнтів, схеми АРТ 2-го ряду – 6,2%, схеми АРТ 3-го ряду – 0,4%.

АРТ надається в 216 ЗОЗ різного рівня в усіх регіонах країни, в тому числі в Національній дитячій спеціалізованій лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України (НДСЛ «ОХМАТДИТ»), ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Грошовецького НАМН України», 25 регіональних центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, 14 міських центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, 10 протитуберкульозних закладах, 2 шкірно-венерологічних закладах, 2 наркологічних диспансерах, 1 психоневрологічному диспансері, 160 міських/районних лікарнях, ТМО, поліклініках.

Антиретровірусна терапія станом на 01.01.2015 р.

АРТ отримувало **66 409** осіб, з них:

- схема 1-го ряду – **93,3%**;
- схема 2-го ряду – **6,2%**;
- схема 3-го ряду – **0,4%**.

АРТ надається в 216 ЗОЗ:

- НДСЛ «ОХМАТДИТ»;
- ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб НАМН України»;
- 25 регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом*;
- 14 міських центрів профілактики та боротьби зі СНІДом;
- 10 протитуберкульозних закладів;
- 2 шкірно-венерологічних заклади;
- 2 наркологічних диспансери;
- 1 психоневрологічний диспансер;
- 160 міських/районних лікарень, ТМО, поліклінік.

Утримання на АРТ протягом 12 місяців від початку лікування для осіб, які розпочали терапію протягом 2013 року (когорта 2013) становить 85,43%.

* без урахування АР Крим та м. Севастополь.

Слайд №23 презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та світі»

Утримання на АРТ протягом 12 місяців від початку лікування для осіб, які розпочали терапію протягом 2013 р. (когорта 2013) становить 85,43%.

9. Обговорення (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися складними і потребують уточнення, як би вони розставили акценти у розглянутій темі. Тренер відповідає на запитання учасників.

10. Підбиття підсумків (5 хв.)

У ході підбиття підсумків сесії тренеру необхідно звернути увагу учасників на основні тенденції епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в світі та Україні.

Контрольні запитання

- Вкажіть особливості епідемії ВІЛ-інфекції на сучасному етапі.
- Які існують тенденції розвитку епідемічного процесу при ВІЛ-інфекції в Україні?
- Вкажіть рівень інфікованості ВІЛ серед жінок комерційного сексу, чоловіків, які мають секс із чоловіками та СІН.
- Яка епідеміологічна ситуація склалася щодо ВІЛ/ТБ в Україні?

Література

1. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. – №43. – Київ. – 2015.
2. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДА, 2013 г. // UNAIDS. – 2013. – 296 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.unaids>

ds.org/en/media/un aids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr20-13/UNAIDS_Global_Report_2013_ru.pdf.

3. Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. // WHO, 2011. – 80 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.unaids.org/en/media/un aids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_ru.pdf.
4. Оцінка виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр. в Україні: зведений звіт/ЮНЕЙДС Україна, 2013. – С. 79.
5. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз. – Київ, 2014. – С. 171.
6. Ситуация по туберкулезу и ВИЧ в европейском регионе ВОЗ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://stbcu.com.ua>.
7. Adult HIV Prevalence Rate, 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://kff.org/topic/hivaids/?s=&fs=search&orderby=&tab=slides&layout=&category_name=hivaids&facets\[start_date\]=&facets\[end_date\]=](http://kff.org/topic/hivaids/?s=&fs=search&orderby=&tab=slides&layout=&category_name=hivaids&facets[start_date]=&facets[end_date]=).
8. UNAIDS Gapreport, 2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716prgapreport>.

Додаток 1 до Теми 1.1

Таблиця 3. Поширеність та захворюваність на ВІЛ-інфекцію по регіонах світу, 2013 р.

Регіон	Загальна кількість ВІЛ-інфікованих (%)	Нові випадки	Поширеність серед дорослих
Загальна кількість	35 млн (100%)	2,1 млн	0,8%
Південна Сахара, Африка	24,7 млн (71%)	1,5 млн	4,7%
Азія і Тихоокеанський регіон	4,8 млн (14%)	350 000	0,2%
Західна і Центральна Європа, Північна Америка	2,3 млн (7%)	88 000	0,3%
Латинська Америка	1,6 млн (5%)	94 000	0,4%
Східна Європа і Центральна Азія	1,1 млн (3%)	110 000	0,6%
Карибський регіон	250 000 (<1%)	12 000	1,1%
Близький Схід і Північна Африка	230 000 (<1%)	25 000	0,1%

ТЕМА 1.2. ЕТІОЛОГІЯ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання

1. Надати інформацію щодо структури ВІЛ.
2. Представити інформацію щодо циклу розвитку ВІЛ.
3. Надати інформацію щодо патогенезу ВІЛ.
4. Обговорити джерела та шляхи передачі ВІЛ.
5. Розглянути ступінь інфекційності різних біологічних матеріалів.
6. Надати інформацію про групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - структуру ВІЛ;
 - життєвий цикл ВІЛ;
 - джерело інфекції та шляхи передачі ВІЛ-інфекції;
 - особливості патогенезу ВІЛ-інфекції.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - аналізувати ризик інфікування ВІЛ в залежності від ситуації.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Історія відкриття ВІЛ/СНІДу»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.2 «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»
2.	Інформаційне повідомлення «Структура ВІЛ»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.2 «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»
3.	Інформаційне повідомлення «Цикл розвитку ВІЛ»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.2 «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції», фільм «Реплікація ВІЛ»
4.	Інформаційне повідомлення «Патогенез ВІЛ»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.2 «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції», фільм «Реплікація ВІЛ»
5.	Мозковий штурм «Джерела ВІЛ-інфекції та шляхи передачі ВІЛ»	5 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, презентація до теми 1.2 «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
6.	Вправа «Картки»	30 хв.	Картки, розміщені у Додатку 1 до теми 1.2, та аркуші А4 із написами: «Високий ризик», «Середній ризик», «Низький ризик», «Ризик відсутній»
7.	Інформаційне повідомлення «Джерела та шляхи передачі ВІЛ»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.2 «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»
8.	Інформаційне повідомлення «Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.2 «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»
9.	Обговорення	5 хв.	-
10.	Підбиття підсумків	5 хв.	-

1. Інформаційне повідомлення «Історія відкриття ВІЛ/СНІДу» (5 хв.)

Історія відкриття ВІЛ/СНІДу:

- 1979 р. – пневмоцистна пневмонія, саркома Капоші у ЧСЧ;
- 1981 р. – СНІД;
- 1983 р. – LAV, Люк Монтаньє, Інститут Пастера;
- 1984 р. – HTLV-III, Роберт Галло, Національний інститут раку;
- 1985 р. – ВІЛ передається через кров, сперму, вагінальний секрет і грудне молоко; в США – перший тест для виявлення антитіл до ВІЛ (ІФА), клінічні випробування першого АРТ-препарату;
- 1986 р. – HIV (ВІЛ), Друга Міжнародна конференція з проблем СНІДу.

Слайд №4 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Досі не існує єдиної думки щодо походження вірусу імунодефіциту людини, а також щодо причини стрімкого поширення ВІЛ-інфекції. Вважається, що перші випадки СНІДу мали місце у США, на Гаїті, та в Африці у середині 1970-х років. Але досі точно не встановлено, яке ж походження цього захворювання. Наступні етапи вивчення вірусу визначені досить точно.

1979 рік – лікарі Нью-Йорка та Лос-Анджелеса спостерігали рідкісну форму запалення легенів (пневмоцистну пневмонію), саркому Капоші (пухлинне захворювання, яке доти реєструвалось лише у людей похилого віку) у ЧСЧ.

Офіційний відлік випадків СНІДу ведеться з 5 червня 1981 р., коли Центр контролю і профілактики захворювань (CDC, м. Атланта, США) офіційно зареєстрував перші 5 випадків пневмоцистної пневмонії серед ЧСЧ. З того часу офіційно визнане нове захворювання, яке отримало назву синдром набутого імунного дефіциту (СНІД).

Перше повідомлення про відкриття збудника захворювання надійшло з Франції з лабораторії професора Люка Монтаньє, Інститут Пастера у 1983 р. Ним

виявився новий вірус, що був видалений і досліджений під електронним мікроскопом від особи, хворої на СНІД, з клінічними проявами генералізованої лімфаденопатії (Lymphadenopathy Associated Virus (LAV).

У 1984 р. група американських дослідників з Національного інституту раку в США на чолі з керівником лабораторії клітинної біології пухлин Робертом Галло повідомили про відкриття збудника СНІДу, якому дали назву Human T-Cell Lymphotropic Virus Type III (HTLV-III). У тому ж році інший американський дослідник Дж. Леві виділив вірус, якому дав назву AIDS Related Virus (ARV).

У 1985 р. встановлено, що ВІЛ передається через кров, сперму, вагінальний секрет і грудне молоко. У США затверджений перший тест для виявлення антитіл до ВІЛ (ІФА) та розпочаті клінічні випробування першого препарату для боротьби з ВІЛ-інфекцією.

У квітні 1986 р. в журналі «Science» було опубліковано повідомлення Л. Монтаньє про відкриття нового вірусу – LAV-II, а вже в травні 1986 р. на II Міжнародній конференції з проблем СНІДу Міжнародний комітет з таксономії вірусів згідно з вимогами уніфікації міжнародної термінології визначив нову назву для збудника СНІДу – Human immunodeficiency virus (HIV) або вірус імунодефіциту людини (ВІЛ).

2. Інформаційне повідомлення «Структура ВІЛ» (5 хв.)

Структура ВІЛ



ВІЛ-1, ВІЛ-2

сімейство ретровірусів (Retrovirus)

підродина повільних вірусів (Lentivirus)

Слайд №5 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Збудники – віруси імунодефіциту людини 1-го, 2-го типів (ВІЛ-1, ВІЛ-2), належать до сімейства ретровірусів (Retrovirus), підродина повільних вірусів (Lentivirus). Віріони є сферичними частинками (100 нм), в структурі яких розрізняють нуклеокапсид і оболонку (суперкапсид).

У центрі вірусної частки знаходиться нуклеокапсид – серцевина вірусу. Головним білком, що формує нуклеокапсид, у ВІЛ-1 є р24, а у ВІЛ-2 – р26. У нуклеокапсиді знаходяться генوم вірусу у вигляді дволанцюгової РНК, молекули ферментів зворотної транскриптази (ревертаза) (ЗТ), рибонуклеази (Н), інтегрази (І) та протеази (П). Саме через наявність зворотної ревертази генетична інформація переноситься з РНК вірусу на ДНК клітини-мішені.

Геном ВІЛ містить 3 основних структурних гена: *gag*, що кодує утворення внутрішніх білків (р17/18, 24/26, 55/56), *env*, який кодує глікопротеїни оболонки

(gp41/36, 120/105, 160/140) і pol, який кодує ферментні системи, включаючи зворотну транскриптазу (p31, 51, 66/68). Крім того, відомі регуляторні гени збудника (tat, rev, nef, vpr, vif, vpr), які забезпечують контроль його реплікації.

Зовнішня гліколіпідна оболонка вірусу двошарова і має 72 виступи, утворені, наприклад, у ВІЛ-1, глікопротеїнами gp120 та gp41, їх наявність визначає тропність вірусу до різних клітин господаря, які мають на своїй поверхні CD4-рецептор.

Під зовнішньою гліколіпідною оболонкою вірусу розташований матриксний білок p17, який утворює матриксну оболонку.

ВІЛ відрізняє винятково висока генетична мінливість. Частота генетичних помилок при реплікації нуклеїнової кислоти складає 10^{-4} – 10^{-5} помилок на ген за цикл реплікації. Висока генетична мінливість реалізована у варіабельності антигенних і біологічних властивостей ізолятів. Це багато в чому пов'язано з gp120, варіабельність амінокислотної послідовності якого сягає від 5% до 20% для ізолятів одного субтипу і від 25 до 35% – для різних субтипів. У гудзикоподібному домені gp120 утворюється 80–95% всіх нейтралізуючих антитіл.

Класифікація ВІЛ

- Два типи ВІЛ: ВІЛ-1 і ВІЛ-2.
- Більшість тестів на ВІЛ визначають ВІЛ-1 і ВІЛ-2.
- **ВІЛ-1** домінує в світі, більш контагіозний.
- Три групи ВІЛ-1:
 - М (major) більшість штамів;
 - N (non-M non-O) дуже обмежена кількість в Камеруні;
 - О (outlier – в стороні) виявлений в Західній Африці і Камеруні.
- **ВІЛ-2** виявлений в Західній Африці, більш тривалий інкубаційний період.
- ВІЛ-2 менш вірулентний, ніж ВІЛ-1.
- ВІЛ-2 рідше передається статевим шляхом, через плаценту.
- Різна чутливість: ВІЛ-2 резистентний до ННІЗТ (NVP, EFV).
- **ВІЛ-2** має субтипи А-Ф.
- Субтип А становить більшість у Західній Африці.
- ВІЛ-2 не виявлено у Східній Європі.

Слайд №6 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

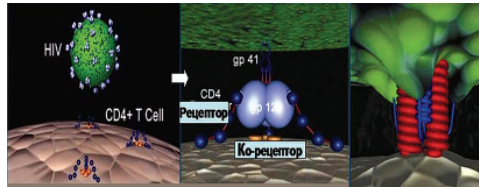
Встановлено, що існують два типи ВІЛ: ВІЛ-1 і ВІЛ-2, які мають певні відмінності. Але більшість тестів на ВІЛ визначають як ВІЛ-1, так і ВІЛ-2.

ВІЛ-1 домінує в світі, більш контагіозний. Існують 9 генетично відмінних за геномом env субтипів, які позначаються від А до І, що були об'єднані в одну групу М (major). Крім того, описано декілька ізолятів вірусу, що відрізняються від представників групи М і були віднесені до групи О (outlier – в стороні) та групи N (non-M non-O). Ізоляти N в дуже обмеженій кількості виявлені в Камеруні, а ізоляти О – в Західній Африці й Камеруні.

ВІЛ-2, виявлений у Західній Африці, має більш тривалий інкубаційний період. Цей тип вірусу є менш вірулентним, ніж ВІЛ-1. ВІЛ-2 рідше передається статевим шляхом, через плаценту. Існує різна чутливість АРТ-препаратів до ВІЛ-2 – резистентний до ННІЗТ (NVP, EFV). Виділяють декілька субтипів ВІЛ-2 від А до Ф. Субтип А найбільше виявляється у Західній Африці. У Східній Європі ВІЛ-2 не виявлено.

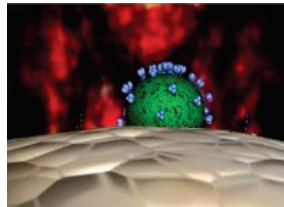
3. Інформаційне повідомлення «Цикл розвитку ВІЛ» (10 хв.)

Наближення, прикріплення, зв'язування з ко-рецептором, злиття



Слайд №7 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Проникнення ВІЛ в Т-лімфоцит



Слайд №8 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Життєвий цикл ВІЛ охоплює весь період від адсорбції вірусу на поверхні клітини до утворення нових вірусів. Репродукцію вірусу на прикладі ВІЛ-1 можна дуже спрощено описати таким чином:

- наближення, прикріплення ВІЛ;
- зв'язування з ко-рецептором;
- злиття;
- проникнення ВІЛ в Т-лімфоцит;
- транскрипція;
- утворення ДНК-провірусу;
- процесінг;
- морфогенез;
- вихід ВІЛ з клітини.

Глікопротеїн gp120, що має назву «білок розпізнавання та прикріплення», вступає у взаємодію з CD4-рецептором та CCR5/CXCR4-корекцепторами на поверхні чутливої клітини. Далі відбуваються конформаційні зміни поверхневих білків.

Після цього відбувається злиття зовнішньої оболонки вірусу з мембраною клітини-господаря та роздягання вірусу.

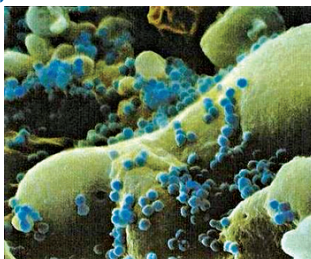


Слайд №9 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Етап транскрипції відбувається за участі ферменту зворотної транскриптази. На вірусній РНК+, як на матриці, ферментом ЗТ будується мінусова нитка ДНК і виникає РНК-ДНК-гібрид, до якого приєднується рибонуклеаза і руйнує геномну РНК. Продукти гідролізу РНК стають сигналом до наступного синтезу: на ДНК-нитці будується комплементарна плюсова нитка ДНК, в результаті чого виникає двониткова ДНК, яка мігрує в ядро клітини, проникаючи крізь ядерну мембрану.

Процес інтеграції до геному клітини здійснюється за допомогою вірусного ферменту інтегрази. Інтегрований ДНК-провірус сприймається клітиною як група клітинних генів і залишається у клітині у латентному стані до тих пір, поки не відбудеться його активація. Активований ДНК-провірус транскрибується клітинною РНК-полімеразою II у вірусну геномну РНК та іРНК, а іРНК транслює гени внутрішніх білків вірусу, внаслідок чого синтезується поліпротеїн-попередник, який у подальшому нарізається на структурні білки. Це нарізання здійснює ВІЛ протеаза. Інші РНК транслюються в попередники оболонкових білків, які підлягають нарізанню (процесінгу) на функціонально активні глікопротеїни ВІЛ, проте вже за допомогою клітинних протеаз. Далі відбувається збирання (морфогенез) та вихід вірусу з клітини.

Новоутворені віруси, що виходять з клітин шляхом брунькування



Слайд №10 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Динаміка репродукції ВІЛ:

- 10 мільярдів нових вірусів продукується щодня;
- 200 мільйонів CD4 клітин руйнуються щодня;
- період напіврозпаду вільного вірусу – 6 годин;
- період напіврозпаду вірусу в клітині – 1 день;
- мутації ВІЛ = 1 на 1000 реплікацій * 10 мільярдів реплікацій в день = 10 мільйонів мутацій щодня;
- кожен цикл репродукції – численні мутації;
- виникнення генетично споріднених варіантів, що відрізняються;
- мутації надають вірусу стійкість до АРТ препаратів і знижують або підвищують його вірулентність.

Слайд №11 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Новоутворені віруси виходять з клітини шляхом брунькування, у процесі якого відбувається їх остаточне дозрівання.

Повний життєвий цикл вірусу реалізується досить швидко, всього за 1–2 доби. За цей час утворюється до 1 млрд віріонів, а при тривалій вірусній активності їх формується величезна кількість.

Динаміка репродукції ВІЛ полягає в тому, що 10 мільярдів нових вірусних частинок продукується щодня. В той же час, щодня руйнуються 200 мільйонів CD4 клітин (у 2 рази більше, ніж продукує система гематопоєзу). Період напіврозпаду вільного вірусу – 6 годин, тоді як період напіврозпаду вірусу в клітині – 1 день.

Якщо мутація ВІЛ відбувається 1 раз на 1000 реплікацій, а за день стається 10 мільярдів реплікацій, відповідно щодня вірус має 10 мільйонів мутацій. Кожен цикл репродукції супроводжується численними мутаціями, що зачіпають всі вірусні гени. Високий рівень мутацій призводить до виникнення генетично споріднених, але мільйонів варіантів, що відрізняються. Ці мутації надають вірусу стійкість до АРТ препаратів і знижують або підвищують його вірулентність. Тобто, вірус отримує можливість виживати, уникаючи впливу захисних механізмів організму.

Після інформаційного повідомлення, за умови наявності часу, тренер може запропонувати переглянути фільм «Реплікація ВІЛ», розміщений у додатках на електронному носії.

4. Інформаційне повідомлення «Патогенез ВІЛ» (10 хв.)

До клітин, які вражаються ВІЛ в крові, належать Т-лімфоцити, макрофаги; у шкірі – клітини Лангерганса; в лімфовузлах – фолікулярні дендритні клітини; в легенях – альвеолярні макрофаги; у товстій кишці, нирках – епітеліальні клітини; у шийці матки – клітини шийки матки; в головному мозку – клітини олігодендроцитів.

Активізація провірусу, а разом з ним й експресія генів, в Т4-хелперах призводить до бурхливого утворення тисяч вірусних часток, що виходять із клітини шляхом брунькування через цитоплазматичну мембрану й руйнують її.

Загибель тисяч і тисяч Т4-хелперів призводить до різкого зменшення пулу цих клітин і розвитку Т-клітинного імунодефіциту. Важливо підкреслити, що існують «прямі» та «непрямі» механізми загибелі Т-клітин. Як не парадоксально, лише 1% Т4-клітин гине внаслідок прямих причин, а саме внаслідок репродукції

ВІЛ, а решта – від інших причин, не пов'язаних з репродукцією вірусу («невинні жертви»): утворення синцитію, клітинна імунна відповідь з/без антитіл. Таким чином, за рахунок існування великої кількості CD4-рецепторів на поверхні Т4-лімфоцитів (хелпери-індуктори) вони уражаються ВІЛ з формуванням гострої або хронічної інфекції.

Типи клітин, які уражаються ВІЛ

Тканини і органи	Тип клітин
Кров	Т-лімфоцити, макрофаги
Шкіра	Клітини Лангерганса
Лімфовузли	Фолікулярні дендритні клітини
Легені	Альвеолярні макрофаги
Товста кишка, нирки	Епітеліальні клітини
Шийка матки	Клітини шийки матки
Головний мозок	Клітини олігодендроцитів

Слайд №12 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Типи клітин, які уражаються ВІЛ

CD4-клітини (Т4-хелпери) – формування гострої або хронічної інфекції

«Прямі» механізми – руйнування внаслідок репродукції ВІЛ – 1%

«Непрямі» механізми – «невинні жертви»: утворення синцитію, клітинна імунна відповідь з/без антитіл

Макрофаги/моноцити – розвивається хронічна інфекція: «троянський кінь»

Клітини ЦНС (нейрони, астроцити) – формування хронічної інфекції та дегенерація клітин мозку

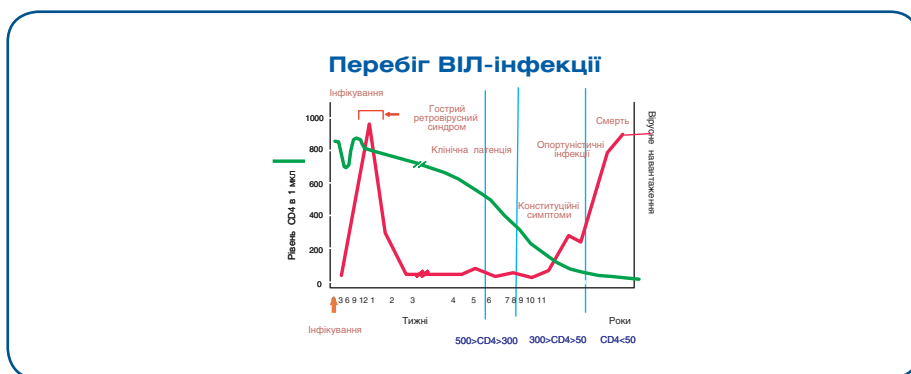
Слайд №13 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

На відміну від CD4+ Т-клітин, репродукція ВІЛ у макрофагах/моноцитах не супроводжується загибеллю клітин. Вірус формує в них тільки хронічну інфекцію. Вихід вірусу шляхом брунькування в цих клітинах відбувається поступово, в невеликій кількості, при цьому клітини не гинуть, а стають резервуаром вірусу в організмі людини й у такому випадку виступають у ролі «троянського коня», переносячи ВІЛ до ЦНС.

Важливо підкреслити, що роль макрофагів/моноцитів в патогенезі ВІЛ-інфекції величезна. Так, на стадії безсимптомного перебігу захворювання кількість ВІЛ-інфікованих клітин в легенях, лімфатичних вузлах, ЦНС становить 1:100, і це до 90% макрофагів, тоді як на 100 000 мононуклеарних клітин крові припадає лише один Т4-лімфоцит, інфікований ВІЛ.

При ураженні клітин ЦНС (нейрони, астроцити) розвивається хронічна інфекція та дегенерація клітин мозку.

Процес первинної активації репродукції вірусу триває 4–6 тижнів після інфікування людини, надалі її інтенсивність знижується, що є свідченням переходу більшості вірусу в латентний стан. Так, після інфікування на стадії гострого захворювання рівень вірусного навантаження (ВН) може становити 10⁶ і більше копій вірусу в 1 мл крові. Причиною цього, а саме виникнення і розвитку латентної стадії ВІЛ-інфекції, може бути наступне: продовження активної репродукції вірусу неминуче призведе б до швидкої втрати хазяїна, а механізми передачі ВІЛ потребують тривалого перебування збудника в організмі для збільшення вірогідності попадання в іншого хазяїна, і тим самим, збереження вірусу як біологічного виду.



Слайд №14 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

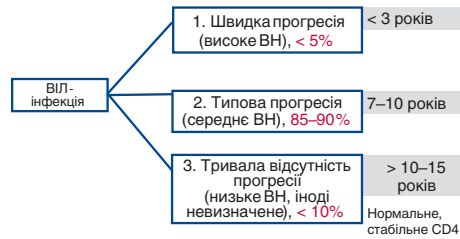
Перехід у активну репродукцію у різних клітин здійснюється по різному. Цей перехід не може бути синхронізованим у часі, оскільки набір чутливих до ВІЛ клітин досить великий.

Незважаючи на те, що імунна система є головним об'єктом нападу з боку ВІЛ, вона сама також реагує на вірус і його антигени шляхом утворення специфічних антитіл та сенсорибізованих лімфоцитів-ефекторів. Після інфікування у людини через 1,5–2 місяці, а у певної частини людей через 6–9 місяців, або 12 місяців, з'являються антитіла проти різних білків вірусу. Проте майже у 10% ВІЛ-інфікованих визначити антитіла до вірусу або окремих вірусних білків практично не вдається. У більшості випадків майже одночасно з'являються антитіла до серцевинного антигену p24/p26 та поверхневих антигенів gp120/gp105 і gp41/gp36.

Важливим моментом у патогенезі ВІЛ-інфекції є висока концентрація вірусу в перші місяці від початку захворювання й на кінцевій термінальній стадії захворювання, коли рівень ВН може становити 10⁶ копій РНК вірусу в 1 мл крові.

Імунна система, незважаючи на супресивну дію ВІЛ, на перших стадіях ВІЛ-інфекції активно пригнічує його репродукцію, і тому вірусні антигени (p24) не вдається виявити вже через 8 тижнів після інфікування і впродовж місяців та років безсимптомного розвитку захворювання. Проте, оскільки ВІЛ повністю не підпадає під контроль нормальних імунних процесів, поступово накопичуються порушення діяльності імунної системи. У процесі ВІЛ-інфекції вірус уражає все нові і нові клітини імунної системи і поступово виснажує її. Довготривалий процес розвитку імунодефіциту сприяє активації і виникненню чисельних опортуністичних інфекцій та інвазій, злоякісних новоутворень, які й призводять до загибелі інфікованого ВІЛ організму.

Варіанти прогресування ВІЛ-інфекції



Слайд №15 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

У більшості хворих (85–90%) ВІЛ-інфекція має типову прогресію протягом 7–10 років за рахунок середнього ВН. У 10% випадків у пацієнтів спостерігається тривала відсутність прогресії – більше 10-15 років при низькому, а іноді й при невизначеному рівні ВН. І лише у 5% випадків хворі мають швидку прогресію за хворювання – впродовж 3 років.

Ураження CD4-лімфоцитів, як основних клітин-мішеней для ВІЛ, призводить до порушення нормального функціонування практично всіх ланок імунної відповіді, як клітинної, так і гуморальної, що в результаті призводить до повної неспроможності імунного захисту в інфікованої людини.

Взаємозв'язок між видом імунодефіциту, збудником і клінічними проявами

Дефіцит клітинного імунітету (Т-ланки):

- внутрішньоклітинні бактерії (*Mycobacteria*, *Listeria*, *Legionella*, *Salmonella*, *Nocardia*, *Chlamydia*);
- ДНК-віруси (HSV, VZV, CMV);
- гриби (*Candida*, *Histoplasma*, *Pneumocystis*);
- найпростіші (*Toxoplasma*, *Cryptosporidia*).

Слайд №16 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

З метою кращого розуміння того, як і в якій послідовності розвиваються опортуністичні інфекції при ВІЛ-інфекції, варто зробити посилання на посібник Г.Н. Дранніка, в якому вказується на взаємозв'язок між видом імунодефіциту, збудником і клінічними проявами.

Так, для дефіциту клітинного імунітету (Т-ланки) характерна наявність внутрішньоклітинної бактеріальної інфекції, а також вірусна, протозойна інфекції та мікози.

Збудники: внутрішньоклітинні бактерії (*Mycobacteria*, *Listeria*, *Legionella*, *Salmonella*, *Nocardia*, *Chlamydia*), ДНК-віруси (HSV, VZV, CMV), гриби (*Candida*, *Histoplasma*, *Pneumocystis*), найпростіші (*Toxoplasma*, *Cryptosporidia*).

Клініко-лабораторні ознаки: зниження кількості Т-лімфоцитів і порушення внутрішньоклітинного кілінга патогенів, часті важкі інфекції легенів, ЦНС, ШКТ, шкіри.

Взаємозв'язок між видом імунодефіциту, збудником і клінічними проявами

Дефіцит гуморальної (В-ланки) і фагоцитарної ланок

Дефіцит IgM, IgG:

- піогенні позаклітинні бактерії (стрепто-, стафілококи, *Haemophilus*);
- віруси (ентеровірус, VZV).

Дефіцит системи фагоцитів:

- грамнегативні кишкові та піогенні бактерії (*E. coli*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Staphylococcus*);
- гриби (*Candida*, *Aspergillus*).

Слайд №17 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Для дефіциту гуморальної (В-ланки) і фагоцитарної ланок систем імунітету характерна наявність позаклітинної бактеріальної інфекції.

Дефіцит IgM, IgG.

- Збудники: піогенні позаклітинні бактерії (стрепто-, стафілококи, *Haemophilus*), віруси (ентеровірус, VZV).
- Клініко-лабораторні ознаки: дефект опсонізації і кілінг мікроорганізмів, рецидивуючі інфекції легенів, ЦНС, ШКТ.

Дефіцит системи фагоцитів.

- Збудники: грамнегативні кишкові та піогенні бактерії (*E. coli*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Staphylococcus*), гриби (*Candida*, *Aspergillus*).
- Клініко-лабораторні ознаки: порушення хемотаксису, кисневого метаболізму, фагоцитозу, септицемія, пневмонія, бактеріальний ендокардит, абсцеси.

Стійкість ВІЛ у зовнішньому середовищі

- ВІЛ не стійкий до дії багатьох фізико-хімічних чинників;
- при t +36–37 С – гине впродовж 11 днів;
- ВІЛ швидко гине при використанні дезінфектантів (6% перекис водню, 2% розчин глютаральдегіду);
- при t +23–27 С у рідкому середовищі ВІЛ зберігає активність впродовж 14–15 днів;
- ВІЛ стійкий до дії іонізуючої радіації, УФ-випромінювання, заморожування при t -70 С – до 10 років;
- при t +80–100 С інактивується за 1–5 хвилин.

Слайд №18 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

З будовою вірусу тісно пов'язані його біологічні властивості, в тому числі стійкість до дії фізико-хімічних чинників, дезінфектантів тощо. Складна будова вірусу й наявність двошарової зовнішньої оболонки, що містить ліпіди, робить ВІЛ не стійким до дії багатьох фізико-хімічних чинників зовнішнього середовища. ВІЛ дуже чутливий до впливу високих температур, висушування, ультрафіолетових променів та широко застосовуваних засобів для дезінфекції. При температурі 23–27°C у складі біологічних рідин ВІЛ зберігає свою інфекційну активність впродовж 14–15 днів, а при 36–37°C – впродовж 11 днів. При температурі 56°C протягом 30 хвилин його інфекційна активність знижується в 100 разів, а при 80–100°C вірус повністю інактивується за 1–5 хвилин. ВІЛ руйнується всіма дезінфектантами, що використовуються в практиці охорони здоров'я, проте найефективніші – 6% перекис водню та 2% розчин глютаральдегіду. ВІЛ стійкий до дії іонізуючої радіації, УФ-випромінювання, заморожування при -70°C. У крові, призначеній для переливання, ВІЛ може зберігати свою інфекційність роками, а в сироватці або у плазмі – до 10 років.

5. Мозковий штурм «Джерела ВІЛ-інфекції та шляхи передачі ВІЛ» (5 хв.)

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Які джерела ВІЛ-інфекції та шляхів передачі ВІЛ вам відомі?». Учасники називають, а тренер фіксує всі їх відповіді на фліпчарті. Мозковий штурм дасть можливість тренеру зрозуміти рівень обізнаності аудиторії щодо джерел та шляхів передачі ВІЛ.

Після мозкового штурму тренер переходить до наступної вправи.

Мозковий штурм

Які джерела ВІЛ-інфекції та шляхи передачі ВІЛ вам відомі?



Слайд №19 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

6. Вправа «Картки» (30 хв.)

Тренер роздає учасникам картки із ситуаціями, пов'язаними із ризиком/відсутністю ризику інфікування ВІЛ (1 учасник отримує мінімум 1 картку формату А4, картки розміщено у Додатку 1 до Темі 1.2). Учасники повинні розташувати картки на стіні/підлозі під відповідними написами: «Високий ризик», «Середній ризик», «Низький ризик», «Ризик відсутній», зафіксованими на аркушах А4.

Після того, як учасники розклали картки на свій розсуд, тренер починає разом із усією групою аналізувати сформовані стовпчики, обов'язково надаючи коментарі щодо розташування картки й відповідаючи на запитання учасників.

Варто розглядати всі картки по черзі, повторюючи інформацію, якщо питання вже розглядалося.

Вправа «КАРТКИ»

- Утримання.
- Мастурбація.
- Мануальне стимулювання статевих органів партнера.
- Статевий акт з моногамним неінфікованим партнером.
- Оральний секс із чоловіком у презервативі.
- Оральний секс із чоловіком без презерватива.
- Оральний секс із жінкою.
- Вагінальний секс із презервативом.
- Вагінальний секс без презерватива.
- Вагінальний секс із різними партнерами завжди у презервативі.
- Анальний секс із презервативом.
- Анальний секс без презерватива.
- Масаж.
- Незахищений секс із вашим партнером або чоловіком/жінкою.
- Обійми з людиною, яка має ВІЛ.
- Вагінальний секс із перериванням до виділення сім'яної рідини.
- Користування громадським туалетом.
- Укус комара або інших комах.
- Грудне годування дитини ВІЛ-позитивною матір'ю.
- Переливання крові або її продуктів.
- Допомога людині, у якої кровотеча з носа.
- Спільне користування посудом з ВІЛ-позитивною людиною.
- Донорство крові.
- Пірсинг.
- Рукостискання з ВІЛ-позитивною людиною.
- Пологи (ризик для дитини, мати є ВІЛ-позитивною).
- Спільне використання голок для введення препаратів.
- Прийом у дантиста.
- Витирання плям крові в латексних рукавичках.
- Витирання плям крові без латексних рукавичок.
- Потраплення крові на ваші руки.
- Потраплення крові на руку, яку ви нещодавно порізали.
- Укус дитини з ВІЛ-позитивним статусом.
- Потраплення слини на неушкоджену ділянку тіла.
- Потраплення слини на руку, яку ви нещодавно подряпали.
- Подряпини, зроблені дитиною/дорослим з ВІЛ-позитивним статусом.

Слайд №20 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Під час обговорення тренеру варто користуватися інформацією, поданою у Додатку 2 до Тем 1.2.

Запитання для обговорення

1. Чи згодні ви з тим, яким чином розташовані картки? Як слід і чому слід змінити їх порядок?
2. Чи збентежені ви розташуванням якихось карток? Чому певна картка знаходиться у певному місці?
3. Які картки вам було найважче розташувати?
4. Які картки слід віднести до категорії міфів?
5. Чи чули ви у своїй громаді які-небудь міфи стосовно передачі ВІЛ?
6. Звідки беруться міфи й яким чином їх розвінчати?

7. Інформаційне повідомлення «Джерела та шляхи передачі ВІЛ» (10 хв.)

ВІЛ присутній у різних біологічних рідинах людини в неоднаковій кількості, тому ризик інфікування через різні рідини відрізняється. Це пов'язано з таким поняттям як інфікуюча доза, тобто кількістю певного збудника, достатньою для того, аби викликати інфекцію.

До «інфекційно-небезпечних» рідин щодо інфікування ВІЛ належать кров, лімфа, грудне молоко, сперма, вагінальні виділення. Інші рідини, віднесені до «інфекційно-безпечних»: сеча, слина, слюзи, піт, фекалії без домішків крові,

вушна сірка, містять низьку концентрацію збудника, тому з цими рідинами ВІЛ не передається. Для потраплення в організм іншої людини інфікуючої дози ВІЛ, наприклад, зі слиною чи потом, потрібна надзвичайно велика кількість цих рідин, що на практиці неможливо.

Вміст ВІЛ в біологічних рідинах

Висока концентрація ВІЛ	Кров Лімфа Грудне молоко Ліквор Вагінальний секрет Сперма
Низька концентрація ВІЛ	Сеча Слина (без домішків крові) Сльози
ВІЛ не міститься	Піт Вушна сірка Носовий слиз Фекалії (без домішків крові)

Слайд №21 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Виділяють три основні шляхи передачі ВІЛ:

- статевий;
- парентеральний;
- від ВІЛ-інфікованої матері до дитини.

Шляхи передачі ВІЛ

- Статевий шлях: гетеросексуальний, гомосексуальний
- Парентеральний шлях:
 - під час переливання ВІЛ-інфікованої крові та її препаратів;
 - через використання забрудненого ВІЛ медичного інструментарію та/або розчинів (у тому числі під час пірсингу та татуажу);
 - під час ін'єкційного споживання наркотиків;
 - під час трансплантації органів ВІЛ-інфікованого донора.
- Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини:
 - під час вагітності та пологів (вертикальний шлях);
 - під час вигодовування грудним молоком (горизонтальний шлях).

Слайд №22 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Статевий шлях передачі ВІЛ – один з основних. На сьогодні на статевий шлях інфікування ВІЛ припадає 90% усіх випадків інфікування ВІЛ у світі. ВІЛ доповнив собою список збудників інфекцій, які передаються при незахищених статевих контактах. Високий ризик щодо інфікування ВІЛ становлять незахищені (без правильного застосування презервативів) проникаючі анальні та вагінальні контакти.

До парентерального шляху належить передача ВІЛ при переливанні інфікованої крові та її препаратів, використанні забрудненого ВІЛ медичного інструментарію та/або розчинів, у тому числі при ін'єкційному споживанні наркотиків, трансплантації органів ВІЛ-інфікованого донора тощо.

До передачі ВІЛ від матері до дитини належить інфікування під час вагітності й пологів (вертикальний шлях), а також під час вигодовування дитини грудним молоком від інфікованої матері (горизонтальний шлях).

Як зазначалось вище, ВІЛ присутній у різних біологічних рідинах людини в неоднаковій кількості, тому ризик інфікування різними шляхами відрізняється. Переливання крові несе найбільший ризик для інфікування ВІЛ порівняно зі статевими контактами. Дані, наведені нижче на слайді, демонструють ризик передачі при одноразовому статевому контакті.

Тому варто звернути увагу на те, що кількість статевих контактів підвищує ризик інфікування. Також до чинників, які підвищують ризик передачі ВІЛ під час статевих контактів, належать:

- велика кількість статевих партнерів;
- будь-яке ерозивне захворювання статевих органів;
- існування будь-якого захворювання, яке передається статевим шляхом;
- недостатнє дотримання правил захищеного сексу (наприклад, невикористання або неправильне використання презервативів);
- високе вірусне навантаження у партнера.

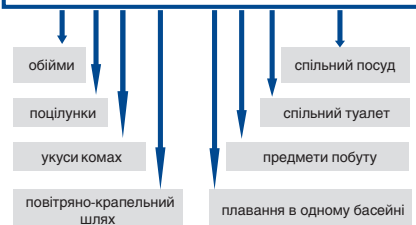
Ризик передачі ВІЛ під час одноразового контакту

Під час переливання крові або її компонентів, що містять ВІЛ	90–100%
У разі ін'єкційного вживання наркотиків одним шприцем із ВІЛ-позитивним	30%
Анальний секс без використання презерватива	3%
При уколах голкою, на якій є сліди крові, що містить ВІЛ	0,3%
Вагінальний секс, коли один із партнерів є ВІЛ-позитивним (ВІЛ-позитивний партнер – чоловік)	0,1–0,2%
Вагінальний секс, коли один із партнерів є ВІЛ-позитивним (ВІЛ-позитивний партнер – жінка)	0,05–0,1%

За низького вірусного навантаження ризик інфікування менший

Слайд №23 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

ВІЛ не передається через



Слайд №24 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Зважаючи на шляхи передачі ВІЛ, цей вірус не передається через побутові контакти, зокрема через обійми, поцілунки, укуси комах, користування спільним посудом і туалетом, плавання в одному басейні, кашель тощо.

Все це свідчить про те, що спілкування у побуті й робота з ВІЛ-позитивними колегами чи пацієнтами, не несе жодного ризику інфікування для оточуючих.

Зараження ВІЛ в побуті можливе



Слайд №25 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

Причиною інфікування в побуті може стати спільне користування станками для гоління, зубними щітками при пошкодженні ясен, манікюрним приладдям, пірсинг та татуаж, які робляться не стерильним, не одноразовим інструментарієм, побутові бійки, травми із пошкодженням шкірних покривів та кровотечами.

8. Інформаційне повідомлення «Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» (5 хв.)

Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ

Наказ МОЗ України від 08.02.2013 р. №104
«Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп
підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ»

Споживачі ін'єкційних наркотиків

Статеві партнери СІН

Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками

Статеві партнери чоловіків, які практикують секс з чоловіками

Особи, які надають сексуальні послуги за винагороду

Клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду

Слайд №26 презентації «Етіологія, епідеміологія та патогенез ВІЛ-інфекції»

До груп підвищеного ризику (ГПР) щодо інфікування ВІЛ згідно з наказом МОЗ України від 08.02.2013 р. №104 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» належать споживачі

ін'єкційних наркотиків (СІН); особи, які надають сексуальні послуги за винагороду (РКС); чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ); статеві партнери СІН; клієнти РКС; статеві партнери ЧСЧ.

При цьому варто пам'ятати, що на сьогодні основним шляхом передачі є статевий, відповідно всі представники загального населення, які практикують незахищені статеві контакти мають ризик інфікування.

9. Обговорення (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися складними та потребують уточнення, як би вони розставили акценти у розглянутій темі. Тренер відповідає на запитання учасників.

10. Підбиття підсумків (5 хв.)

У ході підбиття підсумків сесії тренеру необхідно звернути увагу учасників на засвоєння ними структури, циклу розвитку ВІЛ, патогенезу захворювання, джерел та шляхів передачі ВІЛ-інфекції.

Контрольні запитання

- Вкажіть шляхи передачі ВІЛ до організму людини.
- Вкажіть якими шляхами ВІЛ не передається.
- У яких біологічних матеріалах знаходиться найбільша кількість ВІЛ на будь-якій стадії захворювання?
- Вкажіть стійкість ВІЛ у зовнішньому середовищі
- Які типи клітин уражаються ВІЛ?

Література

1. Базові питання добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію : навч. посіб. для лікарів / за ред. Дзюблик І. В. – К., 2007. – 173 с.
2. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галант, П. Фал. – М. : Р. Валент, 2012. – 528 с.
3. ВІЛ-інфекція/СНІД / Москалюк В. Д., Меленко С. Р. – Чернівці: Видавництво Буковинського державного медичного університету, 2012. – 190 с.
4. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ. В помощь консультанту. – К. : Друкарня «Стиль SV», 2008. – 104 с.
5. Клиническая иммунология и аллергология / Дранник Г. Н. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 604 с.
6. Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти України / Бойко А. М., Дудіна О. В., При- тиск Г. О. та ін. – вид. 2. – К., 2013. – 120 с.

Додаток 1 до Теми 1.2

Написи для вправи «Картки»

Кожен напис розміщується на окремій картці розміром А4.

Розмір шрифту має бути більше 70.

Ситуація
Утримання
Мастурбація
Мануальне стимулювання статевих органів партнера
Статевий акт з моногамним неінфікованим партнером
Оральний секс з чоловіком у презервативі
Оральний секс із чоловіком без презерватива
Оральний секс із жінкою
Вагінальний секс із презервативом
Вагінальний секс без презерватива
Вагінальний секс із різними партнерами завжди у презервативі
Анальний секс із презервативом
Анальний секс без презерватива
Масаж
Незахищений секс із вашим партнером або чоловіком/жінкою
Обійми з людиною, яка має ВІЛ
Вагінальний секс із перериванням до виділення сім'яної рідини
Користування громадським туалетом
Укус комара або інших комах
Грудне годування дитини ВІЛ-позитивною матір'ю
Переливання крові або її продуктів
Допомога людині, у якої кровотеча з носа
Спільне користування посудом з ВІЛ-позитивною людиною
Донорство крові
Пірсинг
Рукоштовання з ВІЛ-позитивною людиною
Пологи (ризик для дитини, мати є ВІЛ-позитивною)
Спільне використання голочок для введення препаратів

Прийом у дантиста
Витирання плям крові в латексних рукавичках
Витирання плям крові без латексних рукавичок
Попадання крові на ваші руки
Потрапляння крові на руку, яку ви нещодавно порізали
Укус дитини з ВІЛ-позитивним статусом
Потрапляння слини на неушкоджену ділянку тіла
Потрапляння слини на руку, яку ви нещодавно подряпали
Подряпини, зроблені дитиною/дорослим з ВІЛ-позитивним статусом

Додаток 2 до Теми 1.2

Ситуації до вправи «Картки» з поясненням рівня ризику

Ситуація	Рівень ризику, коментарі
Утримання	Ризик відсутній. Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму
Мастурбація	Ризик відсутній. Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму
Мануальне стимулювання статевих органів партнера	Ризик відсутній/дуже низький ризик. Ризик дуже незначний, якщо немає порізів або пошкоджень шкіри рук, особливо якщо немає контакту з виділеннями з організму, спермою або менструальною кров'ю
Статевий акт з моногамним неінфікованим партнером	Ризик відсутній.
Оральний секс з чоловіком у презервативі	Ризик відсутній/дуже низький ризик. Ризик дуже низький, якщо правильно використовується презерватив
Оральний секс із чоловіком без презерватива	Ризик низький. ВІЛ може передаватися через оральний секс, хоча ризик досить низький, якщо немає порізів або ранок у роті. Ризик передачі низький, якщо у рот не потрапляє сім'яна рідина
Оральний секс із жінкою	Ризик низький. ВІЛ може передаватися через оральний секс, хоча ризик дуже низький, якщо в роті немає порізів або ранок
Вагінальний секс із презервативом	Ризик відсутній/дуже низький ризик. Ризик фактично відсутній, якщо правильно використовується презерватив
Вагінальний секс без презерватива	Ризик середній/Ризик високий. При одноразовому статевому контакті ймовірність інфікуватися від позитивного партнера невисока (0,1–0,2%, якщо ВІЛ-позитивний партнер – чоловік; 0,05-0,1%, якщо ВІЛ-позитивний партнер – жінка), але якщо ВІЛ-позитивний партнер постійний, то ризик значно підвищується. Найбільший ризик при незахищеному вагінальному статевому контакті, особливо з еякуляцією, для жінок
Вагінальний секс із різними партнерами завжди у презервативі	Ризик відсутній/низький ризик. Наявність багатьох партнерів підвищує ризик інфікування, однак правильне і регулярне використання презерватива знижує його
Анальний секс із презервативом	Ризик відсутній/низький ризик. Якщо презерватив підібраний правильно (є спеціальні презервативи для анального сексу), то ризик фактично відсутній. Хоча при анальному сексі ризик розриву презерватива вищий, ніж при вагінальному сексі
Анальний секс без презерватива	Середній ризик/високий ризик. Ризик передачі ВІЛ при одноразовому контакті під час анального сексу становить близько 3%, але якщо така статева практика є постійною, то ризик для пасивного партнера (чоловіка чи жінки) є високим
Масаж	Ризик відсутній. Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму

Ситуація	Рівень ризику, коментарі
Незахищений секс із вашим партнером або чоловіком/ жінкою	Ризик відсутній за умови, що обидва партнери не ВІЛ-інфіковані та подружжя – вірне
Обійми з людиною, яка має ВІЛ	Ризик відсутній. Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму
Вагінальний секс із перериванням до виділення сім'яної рідини	Ризик низький/ризик середній. ВІЛ може міститися в передєякуляторній рідині, тому ризик передачі існує, однак перериванням акту перед виділенням сім'яної рідини можна певною мірою знизити ризик передачі ВІЛ
Користування громадським туалетом	Ризик відсутній. Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму
Укус комара або інших комах	Ризик відсутній. Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму. ВІЛ не передається через укуси комарів, мух, кліщів, бліх, бджіл або ос. Якщо комахи, які смокчуть кров, укусять ВІЛ-інфіковану людину, вірус гине в тілі комах. ВІЛ здатний існувати тільки в клітинах людини
Грудне годування дитини ВІЛ-позитивною матір'ю	Високий ризик
Переливання крові або її продуктів	Високий ризик, якщо донор ВІЛ-інфікований
Допомога людині, у якої кровотеча з носа	Ризик відсутній. Якщо шкіра на руках людини, яка допомагає зупинити кровотечу, неушкоджена, то ризик відсутній. Правила загальної гігієни для всіх людей, які здійснюють допомогу при кровотечах, – надавати допомогу в латексних рукавичках
Спільне користування посудом з ВІЛ-позитивною людиною	Ризик відсутній. Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму
Донорство крові	Ризик відсутній. Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму
Пірсинг	Ризик відсутній. У разі дотримання усіх вимог до стерилізації інструментів ризик відсутній
Рукоостискання з ВІЛ-позитивною людиною	Ризик відсутній. Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму
Пологи (ризик для дитини, мати є ВІЛ-позитивною)	Ризик високий/ризик середній. Ризик можна значною мірою знизити за допомогою прийому АРТ та безпечних акушерських практик (застосування кесарева розтину за безкровною методикою при вірусному навантаженні більше 1000 копій)
Спільне використання голочок для введення препаратів	Ризик високий. Через нестерильний інструментарій відбувається потрапляння біологічної рідини однієї людини до іншої
Прийом у дантиста	Ризик відсутній. Ризик відсутній за умови дотримання усіх необхідних вимог до стерилізації інструментів
Витирання плям крові в латексних рукавичках	Ризик відсутній. Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає прямого контакту між біологічними рідинами організму (через застосування латексних рукавичок)

Ситуація	Рівень ризику, коментарі
Витирання плям крові без латексних рукавичок	Ризик відсутній. Ризик відсутній, якщо на руках людини, яка витирає кров, немає ранок або висипань
Потрапляння крові на ваші руки	Ризик відсутній. Ризик відсутній, якщо на ваших руках немає ранок або висипань
Потрапляння крові на руку, яку ви нещодавно порізали	Низький ризик. Ризик у таких ситуаціях залежить від розміру та глибини порізу, кількості крові та кількості вірусу в крові. Задokumentовано лише поодинокі випадки інфікування таким чином
Укус дитини з ВІЛ-позитивним статусом	Ризик відсутній. Якщо немає прокусу шкіри, то ризик відсутній. Якщо прокус шкіри є, то ризик однаково дуже низький, оскільки у слині дуже низька концентрація вірусу і вона недостатня для того, щоб відбулося інфікування
Потрапляння слини на неушкоджену ділянку тіла	Ризик відсутній. Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму
Потрапляння слини на руку, яку ви нещодавно подряпали	Ризик відсутній. У слині дуже низька концентрація вірусу і вона недостатня для того, щоб сталося інфікування
Подряпини, зроблені дитиною/дорослим з ВІЛ-позитивним статусом	Ризик відсутній. Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму

ТЕМА 1.3. КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА СТАДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ (45 ХВ.)

Завдання

1. Розглянути клінічну класифікацію стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків.
2. Навчити учасників визначати стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - клінічну класифікацію ВІЛ-інфекції.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - визначати стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»	20 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.3 «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»
2.	Розгляд ситуаційних задач. Обговорення	20 хв.	Ситуаційні задачі (Додаток 2 до Темі 1.3)
3.	Підбиття підсумків	5 хв.	-

1. Інформаційне повідомлення «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції» (20 хв.)

Наказ МОЗ України
від 12.07.2010 р. № 551

**«Клінічний протокол
антиретровірусної терапії
ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків»**

Слайд №4 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

Тренер роздає учасникам Додаток 1 до Темі 1.3. та продовжує інформаційне повідомлення.

В Україні використовується клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих і підлітків, наведена в Додатку 1 до Наказу МОЗ від 12.07.2010 р. №551 «Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».

**Переглянута клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції
у дорослих та підлітків (ВОЗ, 2006 р.)
Додаток 1 до Наказу МОЗ України № 551 (№766 від 10.09.2010)**

ГОСТРА ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ

КЛІНІЧНА СТАДІЯ I

КЛІНІЧНА СТАДІЯ II

КЛІНІЧНА СТАДІЯ III

КЛІНІЧНА СТАДІЯ IV

Слайд №5 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

У цій класифікації виділяють такі клінічні стадії:

- гостра ВІЛ-інфекція;
- клінічна стадія I;
- клінічна стадія II;
- клінічна стадія III;
- клінічна стадія IV.

Перебіг ВІЛ-інфекції



Слайд №6 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

Гостра ВІЛ-інфекція. Після інкубаційного періоду, який при ВІЛ-інфекції триває від двох до шести тижнів, у більшості ВІЛ-інфікованих впродовж багатьох років (від 5 до 10, а навіть і до 20 років) не виявляється жодних симптомів захворювання. Проте у невеликої кількості ВІЛ-інфікованих розвиваються симптоми гострої вірусної інфекції (лихоманка, болі у горлі, лімфаденопатія та ін.), що об'єднують під назвою «гострий ретровірусний синдром». Поступово всі вищезазвані симптоми згасають і ВІЛ-інфекція набуває безсимптомного перебігу. В цей час ВІЛ-інфіковані, як правило, почуваються добре, ведуть звичайне життя, проте впродовж всього часу безсимптомного перебігу вірус розмножується

ся в організмі людини. Оскільки симптомів немає, тому багато людей і не проходять тестування на ВІЛ і, не знаючи про свій статус, можуть стати джерелом інфекції для інших осіб при незахищених статевих контактах та ін. Загалом ця стадія характеризується відносною рівновагою між імунною відповіддю організму та дією вірусу: імунний статус у нормі, кількість лімфоцитів, зокрема CD4, в межах нижньої границі норми, ІФА та ІБ – позитивні.

Необхідно вказати на наявність так званого «серологічного вікна» при ВІЛ-інфекції. У цей період можуть визначитися хибнонегативні результати серологічного дослідження – тобто відсутність у початковому періоді захворювання в організмі ВІЛ-інфікованого специфічних антитіл. Крім того, відсутність специфічних антитіл може бути викликана особливостями соматичного статусу ВІЛ-інфікованого (агамаглобулінемією, серореверсією, кінцевою стадією ВІЛ-інфекції – СНІД).

Хибнопозитивні результати можуть спостерігатися при соматичних захворюваннях, пов'язаних з ураженням імунної системи (автоімунні розлади, різні онкологічні захворювання, інфекційні захворювання, викликані вірусними і бактеріальними інфекціями), а також при вагітності.

Клінічна стадія I. Поступово безсимптомна інфекція може переходити у персистуючу генералізовану лімфаденопатію.

Клінічна стадія II. Захворювання прогресує. Рівновага між імунною відповіддю організму і дією вірусу порушена у бік активації репродукції (збільшується вірусне навантаження (ВН), ІФА та ІБ – позитивні), зменшується кількість Т-лімфоцитів. Спостерігаються рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів, оперізувальний лишай, ангулярний хейліт, рецидивуючий афтозний стоматит, папульозний сверблячий дерматит, себорейний дерматит, грибові ураження нігтів.

Клінічна стадія III. Поступово кількість Т-лімфоцитів зменшується (менше 500 кл/мл), що призводить до розвитку бактеріальних (в т.ч. пневмоній), вірусних (герпетичних), грибкових (кандидоз) уражень, з'являється волосиста лейкоплакія язика, легеневий туберкульоз тощо. Лабораторні показники показують не тільки зменшення кількості Т-лімфоцитів, але й зниження співвідношення CD4/CD8, анемію, нейтропенію або хронічну тромбоцитопенію легеневих та позалегеневих форм туберкульозу, кандидозного езофагіту, ЦМВ-інфекції тощо. На цій останній термінальній стадії клінічні прояви є найбільш розгорнутими на тлі зростаючої вірусемії (величезне вірусне навантаження).

Клінічна стадія IV. Зниження рівня Т-лімфоцитів від 200 до 50 кл/мл свідчить про глибоке ураження імунної системи, що сприяє розвитку пневмоцистної пневмонії, токсоплазмозу, криптоспоридіозу.

ГОСТРА ВІЛ-інфекція:

- безсимптомна;
- гострий ретровірусний синдром.

Лихоманка (96%)	Міалгії та артралгії (54%)	Гепатоспленомегалія (14%)
Лімфаденопатія (74%)	Діарея (32%)	Втрата ваги (13%)
Фарингіт (70%)	Головний біль (32%)	Кандидоз (12%)
Висипка (70%)	Нудота та блювота (27%)	Неврологічні симптоми (12%)

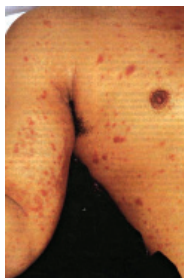
Слайд №7 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

Гостра ВІЛ-інфекція може протікати безсимптомно або у вигляді гострого ретровірусного синдрому.

Безсимптомна – відсутність будь-яких симптомів при обстеженні.

Гострий ретровірусний синдром розвивається у 50-80% пацієнтів, від 2-х тижнів до 3-х місяців з моменту зараження. У хворого в цей період можуть відмічатися такі клінічні симптоми: лихоманка (96%), лімфаденопатія (74%), фарингіт (70%), висипка (70%), міалгії та артралгії (54%), діарея (32%), головний біль (32%), нудота та блювота (27%), гепатоспленомегалія (14%), втрата ваги (13%), кандидоз (12%) та неврологічні симптоми (12%).

Висип, гостра стадія ВІЛ-інфекції



Слайд №8 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

Висип в гостру стадію ВІЛ-інфекції може бути представлений окремо розташованими плямами і папулами, які локалізуються на руках і тулубі. Крім лихоманки у хворого виявляються збільшені лімфовузли, виразка на мошонці і гіперемовані плями на піднебінні.

КЛІНІЧНА СТАДІЯ I

Безсимптомний перебіг

Персистуюча генералізована лімфаденопатія

Слайд №9 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

Клінічна стадія I може мати як безсимптомний перебіг, так і проявлятися у вигляді персистуючої генералізованої лімфаденопатії.

Безсимптомний перебіг – відсутність будь-яких симптомів при обстеженні.

Найчастішим клінічним проявом ВІЛ-інфекції є збільшення лімфатичних вузлів. Збільшені лімфовузли, як правило, безболісні, еластичні, рухомі й найчастіше виявляються на шиї, підборідді, під пахвами та у паху. Пацієнт не обов'язково буде асоціювати їх збільшення з наявністю ВІЛ-інфекції.

Персистуюча генералізована лімфаденопатія визначається збільшенням у діаметрі понад 1 см триваліше трьох місяців більше ніж однієї зони лімфовузлів за винятком пахової. ПГЛ є притаманною рисою ВІЛ-інфекції. Проте у більшості випадків при біопсії лімфовузла виявляють «реактивну гіперплазію» або «фолікулярну гіперплазію». Тому біопсія рекомендується у певних випадках.

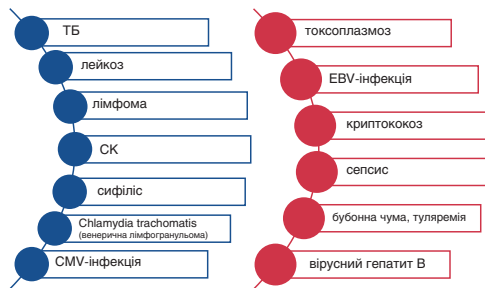
У хворих необхідно проводити пальпацію таких зон:

- переднього та заднього трикутника шиї;
- піднижньощелепної зони;
- потиличної зони;
- привушної ділянки;
- пахової ділянки;
- ліктьових суглобів;
- пахових ділянок.

Критерії для проведення біопсії лімфовузла у пацієнта з ПГЛ:

- асиметричне збільшення лімфовузлів;
- масивне збільшення лімфовузлів (один з них у діаметрі >3 см);
- незрозуміле збільшення лімфовузлів під час спостереження;
- наявність легеневого ТБ за даними рентгенологічного дослідження;
- наявність збільшених внутрішньогрудних лімфовузлів;
- наявність СК будь-якої локалізації;
- наявність b-симптомів (лихоманка, втрата ваги, нічний піт).

Персистуюча генералізована лімфаденопатія (ПГЛ)



Слайд №10 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

Гістологічний діагноз ВІЛ-асоційованої лімфаденопатії не виключає інші причини збільшення лімфовузлів у інших зонах. Тому при погіршенні самопочуття й стану пацієнту рішення про біопсію повинно прийматися заново, незважаючи на результати попередньої біопсії.

У пацієнтів з ПГЛ найчастіше виявляються такі симптоми: молочниця, волосиста лейкоплакія язика, гіперпигментація нігтів, оральний або генітальний герпес, безпричинна втрата ваги або незрозуміла лихоманка.

При проведенні диференціальної діагностики у пацієнтів з синдромом лімфаденопатії необхідно враховувати, що ПГЛ є не лише ознакою ВІЛ-інфекції, а

також може відмічатися при туберкульозі, лейкозах, лімфомі, саркомі Капоші, сифілісі, венеричній лімфогранульомі, ЦМВ-інфекції, токсоплазмозі, EBV-інфекції, криптококозі, сепсисі, бубонній чумі, туляремії, вірусному гепатиті В.

КЛІНІЧНА СТАДІЯ II

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

Оперізувальний лишай

Ангулярний хейліт

Рецидивуючий афтозний стоматит

Папульозний сверблячий дерматит

Себорейний дерматит

Грибкові ураження нігтів

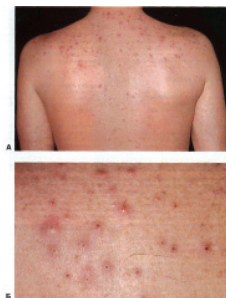
Слайд №11 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

Клінічна стадія II характеризується наявністю таких симптомів:

- **Рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів** (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт) – 2 або більше епізодів протягом 6 місяців.
- **Оперізувальний лишай** – везикульозний висип по ходу нервових стовбурів, який не перетинає серединну лінію, супроводжується болювим синдромом.
- **Ангулярний хейліт** – тріщини і заїди в кутах рота, не пов'язані з дефіцитом заліза або вітамінів, піддаються лікуванню протигрибковими препаратами.
- **Рецидивуючий афтозний стоматит** (два або більше епізодів протягом 6 місяців) – афтозні ураження, вкриті жовто-сірим нальотом, болючі, з віночком гіперемії.
- **Папульозний сверблячий дерматит** – сверблячі папульозні ураження шкіри з післязапальною пігментацією.
- **Себорейний дерматит** – свербіння і лущення шкіри, особливо волосистої частини голови та обличчя, верхньої частини грудної клітки, в паху.
- **Грибкові ураження нігтів** – помутніння, особливо проксимальної частини нігтьової пластинки, стоншення і відшарування нігтя від нігтьового ложа, а також пароніхія (болюча гіперемія нігтьового ложа).

На слайді №12 представлено еозинофільний фолікуліт.

Еозинофільний фолікуліт



Слайд №12 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

А. Верхня половина тулуба, обличчя і шия вкриті великою кількістю сверблячих папул; подекуди видно пустули.

Б. Той же хворий крупним планом. Збільшення дозволяє побачити вкриті корками ерозії (результат розчухів), пустули і первинні елементи висипу – набряклі папули, що нагадують папульозну кропив'янку.

КЛІНІЧНА СТАДІЯ III

Немотивована хронічна діарея

Рецидивуючий кандидоз порожнини рота (молочниця)

Волосиста лейкоплакія язика

Тяжкі бактеріальні інфекції

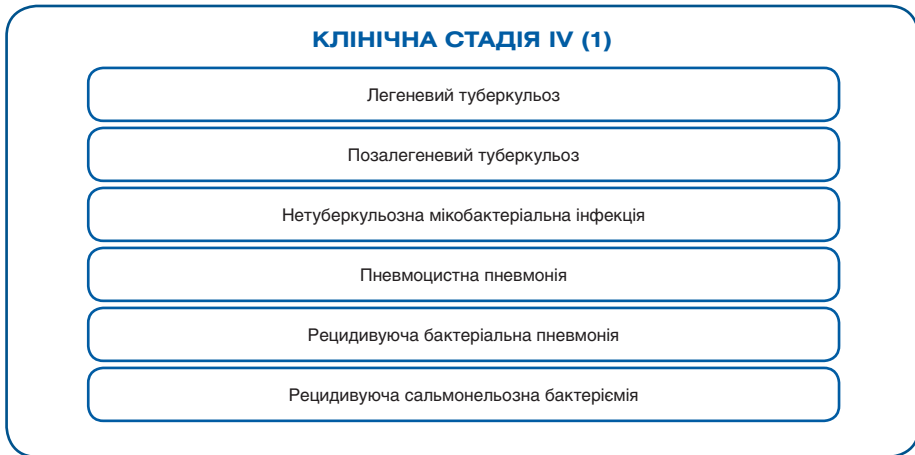
Гострий некротизуючий виразковий стоматит, гінгівіт або періодонтит

Слайд №13 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

Клінічна стадія III характеризується наявністю таких симптомів:

- **Немотивована хронічна діарея** (діарея більше 2 разів на день тривалістю більше 1 місяця). Підтвердження: 2 негативних результати при бактеріологічному дослідженні калу на патогенну кишкову групу.
- **Рецидивуючий кандидоз порожнини рота (молочниця)** (два і більше епізодів протягом 6 місяців) – білі бляшки на слизовій або ділянки гіперемії на піднебінні, слизовій щік. Діагноз клінічний.
- **Волосиста лейкоплакія язика** – густі білясті лінійні або складчасті ураження бокової поверхні язика, які не знімаються при шкребінні. Діагноз клінічний.
- **Тяжкі бактеріальні інфекції** (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза). Підтвердження: виділення бактерій з відповідного зразка тканини, відповідь на антибактеріальну терапію.

- **Гострий некротизуючий виразковий стоматит, гінгівіт або періодонтит** – виражено болючі виразкові елементи ясен, хиткість зубів, спонтанні кровотечі.



Слайд №14 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

Типовими **для клінічної стадії IV** є такі ознаки:

- **Легеневий туберкульоз** – стійкі симптоми протягом 2-3 тижнів: кашель, кровохаркання, задишка, біль у грудній клітині, втрата ваги, лихоманка, нічні поти у поєднанні з позитивним результатом дослідження мокротиння на МБТ або при негативному результаті з відповідною рентгенологічною картиною легенів.
- **Позалегеневий туберкульоз** – можуть спостерігатися ознаки загального інтоксикаційного синдрому і патологічні зміни, характерні для ураження конкретного органу або системи (локальний синдром).
- **Нетуберкульозна мікобактеріальна інфекція** – лихоманка, втрата ваги, нічна пітливість, діарея, слабкість. Підтвердження: виділення атипичних мікобактерій у випорожненнях, крові, біологічних рідинах, тканинах, крім легенів.
- **Пневмоцистна пневмонія** – класична клінічна триада симптомів: сухий кашель, субфебрильна температура тіла і наростаюча задишка. Рентгенологічна картина неспецифічна. Підтвердження: виявлення цист *Pneumocystis jirovecii* в мокроті або аспіраті при бронхо-альвеолярному лаважі.
- **Рецидивуюча бактеріальна пневмонія** – два або більше епізодів протягом одного року.
- **Рецидивуюча сальмонельозна бактеріємія**, викликана нетифоїдними сальмонелами – лихоманка, біль у животі, діарея, втрата ваги, гепатоспленомегалія. Підтвердження: гемокультура.

КЛІНІЧНА СТАДІЯ IV (2)

Цитомегаловірусний ретиніт (+/- коліт)

Хронічна або персистуюча інфекція, викликана вірусом простого герпесу тривалістю понад 1 міс.

Прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія

Токсоплазмоз головного мозку

Вісцеральний лейшманіоз

Криптоспоридіоз (з діареєю тривалістю понад 1 міс.)

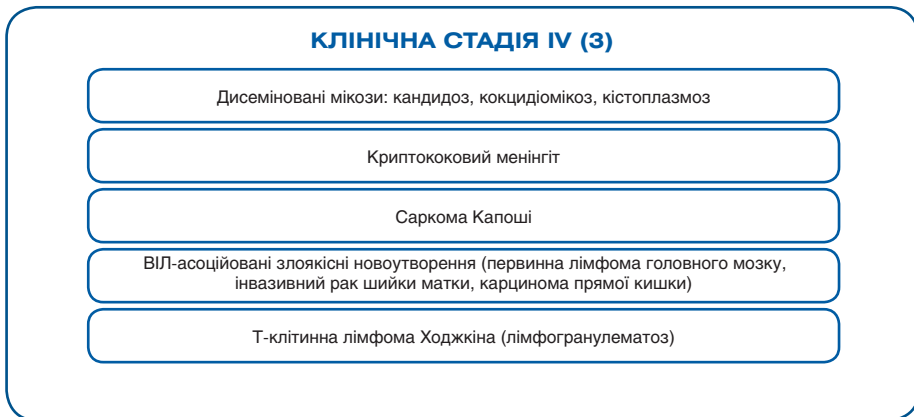
Хронічний ізоспороз

Слайд №15 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

Крім того, для **клінічної стадії IV** типові такі ознаки:

- **Цитомегаловірусний ретиніт (+/- коліт).**
- Частіше – **ЦМВ-хореоретиніт** – ураження одного ока, при прогресуванні процесу може залучатися і друге око (нечіткі обриси предметів, зниження зору, поява плаваючих плям, «мурашок» перед очима). Не характерні: біль в оці, печіння, сльозотеча, подразнення кон'юнктиви. При огляді очного дна: білуваті екsudати з чіткими контурами уздовж кровеносних судин, крововиливу або некрози. Підтвердження: кров на ДНК ЦМВ методом ПЛР.
- **ЦМВ-коліт** – сильні болі в животі, лихоманка, діарея, зниження ваги. Діагностика – ректороманоскопія (підслизові геморагії, дифузні виразки слизової), ПЛР.
- **Хронічна або персистуюча інфекція, викликана вірусом простого герпесу тривалістю понад 1 міс.** (носо-губна, генітальна або аноректальна локалізація тривалістю більше 1 місяця або вісцеральні ураження будь-якої локалізації, частіше менінгоенцефаліт). Підтвердження: вірусологічний метод, ПЛР.
- **Прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія (ПМЛ)** – (демієлінізація нейронів ГМ). Клініка неспецифічна: розлади мислення, зниження зору, випадання полів зору, геміпарези, порушення мови, зниження координації рухів. Підтвердження: МРТ (вогнища зниженої щільності, які не контрастуються, в білій речовині ГМ), ліквор на JC-вірус методом ПЛР.
- **Токсоплазмоз головного мозку.** Клініка: температура як правило невисока, вогнищева неврологічна симптоматика, включаючи парези, паралічі, в т.ч. черепних нервів, порушення координації рухів, загально-мозкові симптоми (порушення свідомості, епіприступи, головні болі, дезорієнтація, гострий психоз). Підтвердження: КТ/МРТ (множинні кільцеподібні вогнища), ПЛР на *T.gondii* в лікворі.
- **Вісцеральний лейшманіоз.** Клініка: тривала гектична лихоманка, резистентна до дії неспецифічної антибактеріальної терапії, гепатоспленомегалія, прогресуюча кахексія, анемія, лейко- і тромбоцитопенія. Підтвердження: гістологічне дослідження (виявлення амастиготи) або культуральне дослідження відповідного зразка тканини або рідини.

- **Криптоспоридіоз (з діареєю тривалістю понад 1 міс.)** – протозойна кишкова інфекція (висока температура, нудота, блювання, водянисті «холероподібні» випорожнення до 20 разів на добу, біль у животі, втрата маси тіла). Діагностика: виявлення ооцист криптоспоридій в калі за допомогою модифікованої мікроскопії за Цілем-Нільсеном.
- **Хронічний ізоспороз** – протозойна кишкова інфекція. Клініка – діарея, нудота, блювання, спастичний біль у животі, анорексія, лихоманка тривалістю більше 1 місяця. Підтвердження: виявлення ізоспор у калі.



Слайд №16 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

Клінічна стадія IV може характеризуватись наявністю таких ознак:

- **Дисеміновані мікози** (кандидоз, кокцидіомікоз, гістоплазмоз):
 - **Кандидоз.** Проявляється лихоманкою і симптомами з боку ураженого органу (частіше кандидоз стравоходу: біль за грудиною, утруднення, біль при проходженні їжі по стравоходу в поєднанні з кандидозом порожнини рота). Підтвердження: виділення культури грибів з крові, ФГДС, ФБС, гістологічне дослідження біоптатів.
 - **Кокцидіомікоз.** Первинна інфекція розвивається в легенях при вдиханні спор збудника – лихоманка, кашель, біль у грудній клітці, нездужання, при CD4 менше 200 кл. відбувається дисемінація збудника. Найчастіше виникає хронічний менінгоенцефаліт. Підтвердження: виділення культури грибів з крові або інших біологічних рідин, гістологічне дослідження біопсійного матеріалу легеневої тканини.
 - **Гістоплазмоз.** При CD4 менше 100 кл. розвивається гостре загрозливе життя захворювання з сухим кашлем, лихоманкою, задишкою, слабкістю. Диференціальний діагноз – міліарний туберкульоз, пневмоцистна пневмонія. Інформативний метод діагностики – виявлення антигену в крові.
- **Криптококовий менінгіт.** Клініка: підгострий початок, лихоманка, дуже сильний головний біль, блювота, порушення свідомості, рідше симптоми ураження черепних нервів, епіприступи, менінгіальні ознаки слабо виражені. Діагностика: спинномозгова рідина (СМР) – з діагностичною та лікувальною метою (ліквор серозний або гнійний, зазвичай цитоз незначний до 100–200 кл.). Криптококи виявляються в мазку СМР при контрастуванні тушшо. Остаточний діагноз: виявлення антигену в СМР або виділення культури збудника з СМР.

- **Саркома Капоші** (новоутворення ендотеліальних клітин судин). З'являється спочатку на шкірі або слизових у вигляді невеликих плям, які поступово збільшуються до вузлів. Кількість елементів і їх розмір можуть бути різними. Колір варіює від червоно-коричневого до фіолетового. У половині випадків уражається ШКТ, нерідко трахея, бронхи, плевра, легені. Підтвердження: гістологічне дослідження біоптату шкіри і слизових, допоміжне значення має виявлення ДНК ВПГ8 методом ПЛР.

Крім того, в **клінічній стадії IV** можливий розвиток таких симптомів:

- **ВІЛ-асоційовані злоякісні новоутворення** (первинна лімфома головного мозку, інвазивний рак шийки матки, карцинома прямої кишки):
 - **Первинна лімфома головного мозку.** Клініка неспецифічна, залежить від локалізації вогнища (вогнищеві неврологічні і загальнономозкові симптоми), відсутність лихоманки. CD4 зазвичай менш 50 кл. Підтвердження: МРТ/КТ ГМ – вогнища зазвичай великі (більше 3 см), поодинокі чи множинні, розташовуються в білій речовині ГМ, часто уздовж стінки шлуночків, накопичує контраст рівномірно, по щільності або нижче, або не відрізняються від навколишньої мозкової тканини. Важлива діагностична ознака – відсутність клінічного поліпшення через 1–2 тижні емпіричного лікування токсоплазмозу.
 - **Інвазивний рак шийки матки.** Викликається папіломовірусом людини. Діагноз ставлять на підставі цитодіагностики (атипові клітини в мазках із зовнішнього зіву і зовнішньої третини цервікального каналу); кольпоскопії; гістологічного дослідження.
 - **Карцинома прямої кишки.** Зміна частоти стільця (пронос/запор), болі в животі, кров у калі, нудота і блювання, втрата ваги. Підтвердження: для верифікації діагнозу ректороманоскопія з біопсією пухлини обов'язкова.
 - **Т-клітинна лімфома Ходжкіна (лімфогранулематоз).** Віднесена до IV клінічної стадії і розглядається в разі отримання достатньої доказової бази.

КЛІНІЧНА СТАДІЯ IV (4)

ВІЛ-асоційована енцефалопатія

ВІЛ-асоційована кардіоміопатія

ВІЛ-асоційована нефропатія

Синдром виснаження (ВІЛ-кахексія)

Немотивована втрата ваги (понад 10% протягом 6 місяців)

Слайд №17 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

Для **клінічної стадії IV** типові такі клінічні прояви:

- **ВІЛ-асоційована енцефалопатія.** Обумовлена ураженням ВІЛ ЦНС. Спочатку з'являються когнітивні (апатія, зниження пам'яті, уповільнення мислення, депресія), а потім і рухові порушення (порушення ходи і координації рухів кистей рук). МРТ – збільшення шлуночків, великі ділянки з підвищеною інтенсивністю сигналу в білій речовині ГМ.
- **ВІЛ-асоційована кардіоміопатія.** Обумовлена безпосереднім ураженням ВІЛ кардіоміоцитів. Може проявлятися у вигляді дилатаційної кардіоміопатії, легеневої гіпертензії, дисфункції лівого шлуночка та ін. Підтвердження: на Ехо-КГ ознаки кардіомегалії та/або лівошлуночкової недостатності при виключенні інших причин.
- **ВІЛ-асоційована нефропатія.** Проявляється у вигляді електролітних порушень, гематурії, протеїнурії, лейкоцитурії. Підтвердження діагнозу: ЗАК з мікроскопією осаду, біопсія нирки.
- **Синдром виснаження** (ВІЛ-кахексія).
- **Немотивована втрата ваги** (понад 10% від протягом 6 місяців). Хронічна діарея – неоформлені випорожнення більше 2 разів на добу більше 1 місяця, з негативними результатами бактеріологічного дослідження калу на Д-групу – і/або – лихоманка, або нічні поти більше 1 місяця без встановлених причин з негативними результатами бактеріологічного дослідження крові, тестів на малярію, відсутність позитивної динаміки при лікуванні антибактеріальними препаратами + необхідно обов'язково виключити туберкульоз.

2. Розгляд ситуаційних задач. Обговорення (20 хв.)

Тренер пропонує всім учасникам розглянути ситуаційні задачі.

Задачі мають бути представлені на слайдах презентації. Для обговорення кожної із запропонованих задач дається 4 хвилини.

Аналізуючи задачу, необхідно встановити на підставі описаних клінічних проявів, про яку стадію ВІЛ-інфекції йдеться.

Задачі подано у Додатку 2 до Теми 1.3.



Слайд №18 презентації «Клінічний перебіг та стадії ВІЛ-інфекції»

3. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися про те, які саме запитання у них виникли або ж здалися складними й потребують уточнення, як би вони розставили акценти у розглянутій темі. Тренер відповідає на запитання учасників.

У ході підбиття підсумків сесії тренеру необхідно звернути увагу учасників на засвоєння ними клінічної класифікації ВІЛ-інфекції.

Контрольні запитання

- Які клінічні стадії захворювання виділяють згідно з «Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» (Наказ МОЗ України від 12.07.2010 р. №551)?
- Які захворювання характерні для клінічної стадії I?
- Які захворювання притаманні клінічній стадії II?
- Які захворювання типові для клінічної стадії III?
- Які захворювання характерні для клінічної стадії IV?

Література

1. Базові питання добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію: навчальний посібник для лікарів / за ред. Дзюблик І. В. – К., 2007. – 173 с.
2. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галант. П. Фал – М.: Р. Валент, 2012. – 528 с.
3. Наказ МОЗ України від 13.04.2007 р. №182 «Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків».
4. Наказ МОЗ України від 12.07.2010 р. №551 «Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» із змінами відповідно до Наказу МОЗ від 10.09.2010 р. №766.
5. Thomas В. Fitzpatrick «Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology» – М. : Практика. – 3 вып. – 1999. – С. 881.

Додаток 1 до Теми 1.3

Клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, згідно з яким встановлюється клінічна стадія ВІЛ-інфекції

(Додаток 1 до Наказу МОЗ України №551 від 12.07.2010 (№766 від 10.09.2010)

	Код за МКХ-10
ГОСТРА ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ	
Безсимптомна	Z.21
Гострий ретровірусний синдром	B.23.0
КЛІНІЧНА СТАДІЯ I	
Безсимптомний перебіг	Z.21
Персистуюча генералізована лімфаденопатія	B.23.1
КЛІНІЧНА СТАДІЯ II	
Рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт – 2 або більше епізодів протягом 6 місяців)	B.20.1
Оперізувальний лишай	B.20.3
Ангулярний хейліт	B.23.8
Рецидивуючий афтозний стоматит (2 або більше епізодів протягом 6 місяців)	B.23.8
Папульозний сверблячий дерматит	B.23.8
Себорейний дерматит	B.23.8
Грибкові ураження нігтів	B.20.5
КЛІНІЧНА СТАДІЯ III	
Немотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс.	B.22.7
Рецидивуючий кандидоз (молочниця) ротової порожнини (2 або більше епізодів протягом 6 місяців)	B.20.4
Волосиста лейкоплакія язика	B.23.8
Важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза та ін.)	B.20.1
Гострий некротизуючий виразковий стоматит, гінгівіт або некротизуючий виразковий періодонтит	B.22.7
КЛІНІЧНА СТАДІЯ IV	
Легеневий туберкульоз	B.20.0
Позалегеневий туберкульоз (в тому числі лімфатичних вузлів)	B.20.0
Нетуберкульозна мікобактеріальна інфекція або дисемінований нетуберкульозний мікобактеріоз	B.20.0
Пневмоцистна пневмонія	B.20.6
Рецидивуючі бактеріальні пневмонії (2 або більше епізодів протягом одного року)	B.20.1

	Код за МКХ-10
Рецидивуюча сальмонельозна бактеріємія, викликана нетифоїдними сальмонелами	B.20.1
Цитомегаловірусний ретиніт (± коліт)	B.20.2
Хронічна або персистуюча інфекція, викликана вірусом простого герпесу, тривалістю понад 1 міс.	B.20.3
Прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія (ПМЛ)	B.20.3
Токсоплазмоз	B.20.8
Вісцеральний лейшманіоз	B.20.8
Криптоспоридіоз (із діареєю тривалістю понад 1 міс.)	B.20.8
Хронічний ізоспороз	B.20.8
Дисеміновані мікози (кандидоз, кокцидіомікоз, гістоплазмоз)	B.20.4, B.20.5
Криптококовий менінгіт	B.20.5
Саркома Капоші та ВІЛ-асоційовані злоякісні новоутворення (лімфома головного мозку, інвазивний рак шийки матки, карцинома прямої кишки)	B.21.0 B.21.8
Т-клітинна лімфома Ходжкіна	B.21.3
ВІЛ-асоційована енцефалопатія	B.22.0
ВІЛ-асоційована кардіоміопатія	B.23.8
ВІЛ-асоційована нефропатія	B.23.8
Синдром виснаження (ВІЛ-кахеція)	B.22.2
Немотивована втрата ваги (понад 10% протягом 6 місяців)	B.22.2

Додаток 2 до Теми 1.3

Ситуаційні задачі до Теми 1.3

ЗАДАЧА 1

Жінка, 25 років. Знаходиться на обліку з приводу вагітності (18 тижнів). При обстеженні виявлено ВІЛ, Тохо-IgG. Скарги відсутні. Органи та системи – без особливостей. Чоловік – ВІЛ-негативний.

Завдання

Визначте стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Інформація для тренера до Задачі 1

Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія I. Безсимптомна. Вагітність 18 тижнів.

ЗАДАЧА 2

Хворий Н., 25 років відмічає слабкість та збільшення периферичних лімфатичних вузлів упродовж одного місяця. Під час огляду виявлено збільшені потиличні, шийні, пахвові лімфатичні вузли розміром до 0,8–1 см, безболісні. В епідеміологічному анамнезі – вживання в/в наркотиків. При дослідженні крові виявлені антитіла до ВІЛ.

Завдання

Визначте стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Інформація для тренера до Задачі 2

Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія I. Персистуюча генералізована лімфаденопатія.

ЗАДАЧА 3

У 18-річного юнака відмічається збільшення передньо- та задньошийних лімфатичних вузлів, тривала субфебрильна температура та два епізоди кандидозу ротової порожнини в період з листопада по березень. Дослідження на ВІЛ позитивне.

Завдання

Визначте стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Інформація для тренера до Задачі 3

Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія III. Кандидоз ротової порожнини. Туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів.

ЗАДАЧА 4

Хворий М., 25 років, упродовж останнього року втратив 11 кг ваги тіла, страждає від діареї. Протягом останніх 2–3 тижнів скаржиться на задишку, непродуктивний кашель, біль у грудній клітині. Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Зріст – 173 см, вага – 58 кг. Шкірні покриви з цианотичним відтінком. Збільшення пахвових лімфатичних вузлів. Т-37, 5°C, PS-85 уд. на хв., задовільного наповнення, АТ – 100/80 мм рт. ст. Тони серця ясні, ритмічні. У легенях жорстке дихання, поодинокі сухі хрипи. Язик покритий білим нальотом, вологий. Живіт м'який, болючий в навколопупкової області. Печінка, селезінка не збільшені. На рентгенограмі грудної порожнини – інтерстиціальна пневмонія. При дослідженні крові виявлені антитіла до ВІЛ.

Завдання

Визначте стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Інформація для тренера до Задачі 4

Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Пневмоцистна пневмонія. Синдром виснаження.

ЗАДАЧА 5

Хвора Н., 30 років, парентеральний анамнез не обтяжений, незаміжня, вагітностей не було. Погане самопочуття відмічає протягом останнього року: періодичне підвищення температури, головні болі. Значне погіршення стану почалося за місяць: з'явилися постійний головний біль, підвищення температури, слабкість в лівих кінцівках; був епізод втрати свідомості. Протягом п'яти наступних днів розвинулися порушення ковтання, мови, координації рухів і хвора була ургентно госпіталізована в чергове неврологічне відділення. При дослідженні крові виявлені антитіла до ВІЛ. На КТ головного мозку з контрастуванням у хворої виявлено вогнище зниженої щільності з кільцеподібним посиленням і зсув структур у лобових долях.

Завдання

Визначте стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Інформація для тренера до Задачі 5

Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Вогнищеве ураження головного мозку з локалізацією в лобових долях.

ТЕМА 1.4. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД (2 ГОД. 15 ХВ.)

Завдання

1. З'ясувати загальні особливості перебігу опортуністичних інфекцій при ВІЛ-інфекції.
2. Надати інформацію щодо збудників опортуністичних захворювань.
3. Вказати спектр опортуністичних інфекцій у залежності від ураження певного органу або системи.
4. Розглянути клінічні прояви опортуністичних інфекцій.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - клінічні ознаки найбільш поширених опортуністичних захворювань.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - запідозрити найбільш поширені опортуністичні захворювання;
 - проводити фізикальне обстеження пацієнта по системам і органам з метою виявлення опортуністичних захворювань.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Мозковий штурм «Опортуністичні інфекції»	5 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, презентація до теми 1.4 «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»
2.	Інформаційне повідомлення «Спектр опортуністичних інфекцій у ВІЛ-інфікованого хворого»	15 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.4 «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»
3.	Мозковий штурм «Найбільш поширені в Україні опортуністичні інфекції»	5 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, презентація до теми 1.4 «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»
4.	Інформаційне повідомлення «Особливості перебігу ОІ при ВІЛ-інфекції. Бактеріальні респіраторні інфекції. Пневмоцистна пневмонія»	15 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.4 «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
5.	Мозковий штурм «Чи може ВІЛ-інфекція змінювати клінічний перебіг ТБ?»	5 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, презентація до теми 1.4 «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»
6.	Інформаційне повідомлення «Ко-інфекція ВІЛ/ТБ. Атипові мікобактеріози. Інфекції ШКТ. Мікози. Герпесвірусні інфекції. Токсоплазмоз. Саркома Капоші»	40 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.4 «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»
7.	Обговорення «Фізикальне обстеження пацієнта з метою виявлення опортуністичних захворювань»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.4 «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»
8.	Інформаційне повідомлення «Первинне об'єктивне фізикальне обстеження пацієнта»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 1.4 «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»
9.	Розгляд ситуаційних задач. Робота в малих групах.	30 хв.	Ситуаційні задачі за кількістю груп (Додаток 1 до Тем 1.4.), папір для фліпчарту, маркери
10.	Обговорення	5 хв.	-
11.	Підбиття підсумків	5 хв.	-

1. Мозковий штурм «Опортуністичні інфекції» (5 хв.)



Слайд №3 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Які асоціації у вас виникають щодо поняття опортуністичні інфекції?». Учасники називають, а тренер фіксує всі їх вислови на фліпчарті. Мозковий штурм дасть можливість тренеру зрозуміти рівень обізнаності аудиторії щодо опортуністичних інфекцій (далі по тексту – ОІ).

По завершенні тренер робить підсумок та переходить до інформаційного повідомлення.

2. Інформаційне повідомлення «Спектр опортуністичних інфекцій у ВІЛ-інфікованого хворого» (15 хв.)

Наказ МОЗ України від 13.04.2007 р. №182

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ діагностики та лікування опортуністичних інфекцій (ОІ) і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків

Слайд №4 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Розділ 1

Діагностика і лікування ОІ й загальних симптомів у дорослих та підлітків проводиться згідно з наказом МОЗ України від 13.04.2007 р. №182 «Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків». Цей протокол призначений для лікарів, які проводять спостереження і лікування хворих на ВІЛ-інфекцію, лікарів-інфекціоністів, медичних сестер, викладачів та студентів медичних ВУЗів.

ОІ можуть викликатися різним видами мікроорганізмів: бактеріями, грибами, вірусами, найпростішими та ін.

ОІ та інші захворювання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією

БАКТЕРІАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ	ГРИБКОВІ ІНФЕКЦІЇ	ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ	ПАРАЗИТАРНІ ІНФЕКЦІЇ	ІНШІ ЗАХВОРЮВАННЯ
Туберкульоз	Кандидозний езофагіт	Інфекції, викликані герпетичними вірусами	Токсоплазмоз	Саркома Капоші
Атиповий мікобактеріоз	Криптококоз	Інфекція, викликана вірусом папіломи людини	Криптоспоридіоз	Неходжкінські лімфоми
Бактеріальні респіраторні інфекції	Гістоплазмоз	Гепатити В та С	Мікроспоридіоз	Цервікальний рак
Бактеріальні кишкові інфекції	Пневмоцистна пневмонія		Ізоспоров	ВІЛ-енцефалопатія
Бартофельоз	Кокцидіомікоз (кокцидіодоз)		Лейшманіоз	Вакулярна мієлопатія
				Прогресуюча багатогнищева лейкоенцефалопатія

Слайд №5 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Типовими ОІ бактеріального походження при ВІЛ-інфекції є:

- туберкульоз;
- атиповий мікобактеріоз
- бактеріальні респіраторні інфекції;
- бактеріальні кишкові інфекції;
- бартонельоз.

Грибкові інфекції:

- кандидозний езофагіт;
- криптококоз;
- гістоплазмоз;
- пневмоцистна пневмонія;
- кокцидіомікоз (кокцидіоїдоз).

Вірусні інфекції:

- інфекції, викликані герпетичними вірусами;
- інфекція, викликана вірусом папіломи людини;
- гепатити В та С.

Паразитарні інфекції:

- токсоплазмоз;
- криптоспоридіоз;
- мікроспоридіоз;
- ізоспороз;
- лейшманіоз.

До інших **опортуністичних захворювань** належать:

- саркома Капоші;
- неходжкінські лімфоми;
- цервікальний рак;
- ВІЛ-енцефалопатія;
- вакуолярна мієлопатія;
- прогресуюча багатоголищева лейкоенцефалопатія.

У нижченаведених слайдах представлено спектр ОІ, який може розвинутися у ВІЛ-інфікованого хворого в залежності від ураження певного органу або системи. Так, респіраторні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД можуть бути представлені такими **бактеріальними інфекціями:**

- пневмококова пневмонія;
- пневмонія, викликана H.influenze;
- клебсієльозна пневмонія;
- стафілококова пневмонія;
- туберкульоз;
- МАС пневмонія.

Респіраторні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД (1)

Бактеріальні інфекції

(в Україні – 6,8%):

- пневмококова пневмонія;
- пневмонія, викликана *H.influenza*;
- клебсієльозна пневмонія;
- стафілококова пневмонія;
- туберкульоз (в Україні – 63,7%);
- МАС пневмонія (в Україні – 0,2%).

Вірусні інфекції:

- цитомегаловірусні;
- інфекції, викликані вірусом простого герпесу.

Можливі ускладнення:

- лімфоцитарна інтерстиціальна пневмонія (в Україні – 0,03%).

Слайд №6 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Можливі ускладнення:

- абсцес легенів;
- емпієма;
- ексудативний плеврит;
- ексудативний перикардит;
- пневмоторакс.

Респіраторні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД (2)

Грибкові інфекції:

- пневмоцистна пневмонія (в Україні – 2%);
- криптококоз;
- гістоплазмоз;
- аспергильоз;
- кандидоз (в Україні – 2%).

Інші хвороби:

- саркома Капоші;
- лімфома.

Слайд №7 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Також типовими респіраторними захворюваннями у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД є грибкові інфекції (пневмоцистна пневмонія, криптококоз, гістоплазмоз, аспергильоз, кандидоз), а також інші хвороби (саркома Капоші, лімфома).

Ураження ШКТ при ВІЛ-інфекції:

- сальмонельоз;
- шигельоз;
- криптоспоридіоз;
- мікроспоридіоз;
- ізоспороз;
- кандидоз;
- саркома Капоші.

Слайд №8 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Ураження шлунково-кишкового тракту (далі по тексту – ШКТ) при ВІЛ-інфекції можуть бути у вигляді сальмонельозу, шигельозу, криптоспоридіозу, мікроспоридіозу, ізоспорозу, кандидозу та саркоми Капоші.

Ураження ЦНС при ВІЛ-інфекції:

- токсоплазмний енцефаліт;
- герпетичний менінгоенцефаліт;
- цитомегаловірусний енцефаліт;
- криптококовий менінгіт;
- туберкульозний менінгіт, менінгоенцефаліт;
- деменція (ВІЛ-енцефалопатія);
- первинна лімфома ЦНС;
- прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія.

Слайд №9 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

На слайді представлений широкий спектр ураження центральної нервової системи (далі по тексту – ЦНС) при ВІЛ-інфекції:

- токсоплазмний енцефаліт;
- герпетичний менінгоенцефаліт;
- цитомегаловірусний енцефаліт;
- криптококовий менінгіт;
- туберкульозний менінгіт, менінгоенцефаліт;
- деменція (ВІЛ-енцефалопатія);
- первинна лімфома ЦНС;
- прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія.

Ураження шкіри та слизових оболонок при ВІЛ-інфекції:

- кандидоз;
- дерматомікоз;
- оніхомікоз;
- себорейний дерматит;
- короста;
- стафілококовий фолікуліт;
- контагіозний моллюск;
- оперізуючий лишай;
- саркома Капоші;
- криптококоз;
- волосиста лейкоплакія язика;
- гінгівіт;
- піорея;
- періодонтит;
- афтозний стоматит;
- стоматит;
- ангулярний хейліт;
- вторинний сифіліс

Слайд №10 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

До типових уражень шкіри та слизових оболонок при ВІЛ-інфекції належать:

- кандидоз;
- дерматомікоз;
- оніхомікоз;
- себорейний дерматит;
- короста (чесотка);
- стафілококовий фолікуліт;
- контагіозний моллюск;
- оперізувальний лишай;
- саркома Капоші;
- криптококоз;
- волосиста лейкоплакія язика;
- гінгівіт;
- піорея;
- періодонтит;
- афтозний стоматит;
- стоматит;
- ангулярний хейліт;
- вторинний сифіліс.

Ураження очей при ВІЛ-інфекції:

- ЦМВ-ретиніт;
- токсоплазмозний ретиніт;
- туберкульозний хоріоретиніт;
- сифілітичний хоріоретиніт;
- герпетичний кератит;
- очна форма оперізуючого герпесу;
- контагіозний моллюск;
- саркома Капоші;
- мікози.

Слайд №11 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Характерними ураженнями очей при ВІЛ-інфекції є:

- ЦМВ-ретиніт;
- токсоплазмозний ретиніт;
- туберкульозний хориоретиніт;
- сифілітичний хориоретиніт;
- герпетичний кератит;
- очна форма оперізуючого герпесу;
- контагіозний моллюск;
- саркома Капоші;
- мікози.

Ураження нирок при ВІЛ-інфекції:

- ВІЛ-асоційована нефропатія;
- імуноопосередкований гломерулонефрит;
- гломерулонефрит при ВГС і ВГВ;
- нефропатії, пов'язані з АРТ.

Слайд №12 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Ураження нирок при ВІЛ-інфекції представлені такими симптомами:

- ВІЛ-асоційована нефропатія;
- імуноопосередкований гломерулонефрит;
- гломерулонефрит при ВГС і ВГВ;
- нефропатії, пов'язані з АРТ.

3. Мозковий шторм «Найбільш поширені в Україні опортуністичні інфекції» (5 хв.)

Мозковий шторм

Як Ви вважаєте, які опортуністичні інфекції є найбільш поширеними в Україні?



Слайд №13 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Як Ви вважаєте, які ОІ є найбільш поширеними в Україні?». Учасники називають, а тренер фіксує всі їх вислови на фліпчарті. Мозковий штурм дасть можливість тренеру зрозуміти рівень обізнаності аудиторії щодо поширеності ОІ в Україні.

По завершенні тренер робить підсумок і переходить до інформаційного повідомлення.

4. Інформаційне повідомлення «Особливості перебігу ОІ при ВІЛ-інфекції. Бактеріальні респіраторні інфекції. Пневмоцистна пневмонія» (15 хв.)

Найпоширеніші ОІ у Європейському регіоні та в Україні:

- туберкульоз;
- бактеріальні інфекції;
- пневмоцистна пневмонія;
- герпетичні інфекції (оперізуючий лишай, герпетичні інфекції, викликані HHV-1, HHV-2 та HHV-5);
- кандидозний езофагіт;
- криптококовий менінгіт;
- токсоплазмоз.

Менш поширені інфекції:

- MAC
- саркома Капоші

Слайд №14 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

До найпоширеніших ОІ у європейському регіоні та в Україні належать:

- туберкульоз;
- бактеріальні інфекції;
- пневмоцистна пневмонія;
- герпетичні інфекції (оперізуючий лишай, герпетичні інфекції, викликані HHV-1, HHV-2 та HHV-5);
- кандидозний езофагіт;
- криптококовий менінгіт;
- токсоплазмоз.

Менш поширені інфекції:

- MAC;
- саркома Капоші.

Ризик розвитку опортуністичних інфекцій залежно від рівня CD4

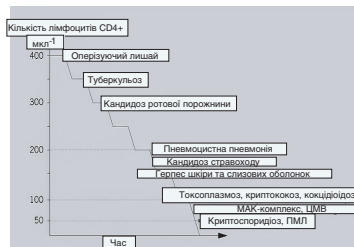


В середньому без лікування кількість CD4 знижується на 50–100 кл./рік

Слайд №15 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Необхідно зазначити, що ризик розвитку ОІ залежить від рівня CD4. Так, при рівні CD4 > 500 кл./мкл спостерігається низький ризик виникнення ОІ. Збільшення ризику появи ОІ можливе при 350–500 кл./мкл. Високий ризик розвитку ОІ типовий при CD4 < 350. У середньому без лікування кількість CD4 знижується на 50–100 кл./рік. Залежність розвитку ОІ від кількості CD4-лімфоцитів представлена в таблиці 4.

Зв'язок між опортуністичними інфекціями і кількістю лімфоцитів CD4+



Слайд №16 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Таблиця 4. Роль кількості лімфоцитів CD4+ у діагностиці ОІ

Основні порогові величини кількості лімфоцитів, при перевищенні яких розвиток певних ОІ малоймовірний	
Немає порогової величини	Туберкульоз легенів, оперізуючий лишай, бактеріальна пневмонія, саркома Капоші, неходжкінська лімфома
<250 мкл	Пневмоцистна пневмонія, кандидозний езофагіт, герпетична інфекція, прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія
<100 мкл	Церебральний токсоплазмоз, криптококоз, міліарний туберкульоз
<50 мкл	Цитомегаловірусний ретиніт, MAC-інфекція

Особливості ОІ при ВІЛ-інфекції:

1. У якості збудника часто виступають умовно-патогенні мікроорганізми, що, зазвичай не є причиною патологічних процесів у імунокомпетентних осіб.
2. Клінічна маніфестація ОІ залежить від ступеня дефіциту клітинного та гуморального імунітету.
3. ОІ у розгорнутій клініці ВІЛ-інфекції характеризуються рецидивуючим, зло-якісним перебігом, схильністю до дисемінації з визначенням збудників у різних органах і тканинах, тривалістю процесу.
4. Етіотропна терапія ОІ мало впливає як на розвиток рецидивів, так і на їх частоту.
5. Специфічна імунна відповідь на збудник ОІ вкрай слабка.

Особливості перебігу ОІ при ВІЛ-інфекції:

- умовно-патогенні мікроорганізми;
- перебіг ОІ залежить від ступеня дефіциту клітинного та гуморального імунітету;
- дисемінація збудника;
- ОІ слабо піддаються специфічній терапії, часто рецидивують;
- слабка специфічна імунна відповідь на ОІ.

Слайд №17 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Респіраторні захворювання

Бактеріальні пневмонії (далі по тексті – БП) є найчастішими респіраторними інфекціями у ВІЛ-інфікованих. БП реєструється у ВІЛ-інфікованих пацієнтів у 150–300 разів частіше у порівнянні з неінфікованими пацієнтами.

Ризик розвитку БП значно вищий у пацієнтів з низьким рівнем CD4 (< 200/мкл), а також у ВІЛ-інфікованих СІН. У той же час варто зазначити, що розвиток БП має гіршу прогностичну ознаку, проте не асоціюється з підвищеним ризиком смерті від ВІЛ-інфекції.

Респіраторні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД. Бактеріальні респіраторні інфекції (1)

Бактеріальна пневмонія (БП):

- БП у ВІЛ-інфікованих пацієнтів у 150–300 разів частіше;
- ризик розвитку БП значно вищий при CD4 (< 200/мкл), СІН.

Найчастіші збудники БП у ВІЛ-інфікованих:

- *Streptococcus pneumoniae*;
- *Haemophilus influenzae*;
- *Staphylococcus aureus*;
- *Moraxella catarrhalis*;
- *Rhodococcus equi* (CD4 100/мкл);
- *Pseudomonas* spp. та інші грам-негативні мікроорганізми.

Слайд №18 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Найчастішими збудниками БП у ВІЛ-інфікованих є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*. На тлі ВІЛ-інфекції частіше висіваються *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, а на пізніх стадіях, коли кількість CD4 не перевищує 100/мкл також *Rhodococcus equi*.

Pseudomonas spp. та інші грам-негативні мікроорганізми часто з'являються в госпітальних умовах і є причиною розвитку ускладнень, рецидивів та затяжного перебігу. Часто виникають бактеріальні та вірусно-бактеріальні асоціації.

Респіраторні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД. Бактеріальні респіраторні інфекції (2)

Особливості БП:

- частіше відсутність лейкоцитозу та слабо виражена клінічна симптоматика;
- затяжний перебіг (лихоманка, температура > 39°C, задишка, велика площа ураження легеневої тканини, ускладнення – абсцедування, плеврит, легенева кровотеча);
- атипичний перебіг, тривалий період розрешення.

Клініка БП – *S. pneumoniae*:

- не відрізняється від такої у ВІЛ-негативних пацієнтів;
- частіше резистентні мікроорганізми та бактеріємія (у 100 разів).

Клініка БП – *Haemophilus influenzae*:

- зустрічається у ВІЛ-інфікованих частіше (у 100 разів);
- при зниженні CD4 < 100 кл./мкл;
- розпочинається підгостро;
- Ро – двобічні інтерстиціальні ураження (ДД з пневмоцистною пневмонією).

Слайд №19 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Клінічна картина та прогноз БП у ВІЛ-інфікованих та у осіб, не інфікованих ВІЛ, істотно не відрізняються. Проте у ВІЛ-інфікованих частіше відмічається відсутність лейкоцитозу та слабо виражена клінічна симптоматика. Іноді навпаки БП набуває затяжного перебігу, що супроводжується лихоманкою, температурою вище 39°C, задишкою, великою площею ураження легеневої тканини, розвитком ускладнень у вигляді абсцедування, плевриту, легеневої кровотечі. Також БП у ВІЛ-інфікованих часто притаманний атипичний перебіг, тривалий період розрешення.

Клінічна картина БП, спричиненої *S. pneumoniae*, не відрізняється від такої у ВІЛ-негативних пацієнтів, за винятком частішого виявлення резистентних мікроорганізмів та бактеріємії (у 100 разів частіше, ніж серед ВІЛ-негативних пацієнтів).

БП, спричинена *Haemophilus influenzae*, зустрічається у ВІЛ-інфікованих у 100 разів частіше, ніж серед ВІЛ-негативних пацієнтів, частіше виникає при зниженні CD4 < 100 кл./мкл, розпочинається підгостро, рентгенологічно можуть виявлятися двобічні інтерстиціальні ураження, що помилково може діагностуватись як пневмоцистна пневмонія.

Діагноз БП встановлюють на підставі клінічної картини (лихоманка, кашель з відходженням харкотиння, біль у грудній клітині при диханні, задишка), фізикальних даних (притуплення легеневого звуку, крепітація та/або дрібнопухирчасті вологі хрипи над ураженою площиною легенів) та рентгенологічних ознак.

Респіраторні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД. Бактеріальні респіраторні інфекції (3)

Діагноз БП:

- *клініка*: лихоманка, кашель з відходженням харкотиння, біль у грудній клітині при диханні, задишка);
- *фізикальні дані*: притуплення легеневого звуку, крепітація та/або дрібнопухирчасті вологі хрипи над ураженою площиною легень;
- *рентгенологічні ознаки*: імуносупресія може призвести до **відсутності інфільтративних або вогнищевих ознак в легенях**;
- мікробіологічне дослідження харкотиння (або промивних вод бронхів), бактеріоскопія мазка.

Слайд №20 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Імуносупресія може призвести до відсутності інфільтративних або вогнищевих ознак в легенях, що за наявності інших клінічних характеристик свідчить на користь важкого перебігу пневмонії. Згідно з клінічною класифікацією БП, прийнятою в Україні, виділяють тяжку та нетяжку пневмонію, вказують площу та локалізацію ураження легень. Обов'язковим є мікробіологічне дослідження харкотиння (або промивних вод бронхів) з метою етіологічної діагностики пневмонії. При бактеріоскопії мазка варто користуватись простим правилом: кількість лейкоцитів у полі зору повинна перевищувати 25 клітин, клітини епітелію не повинні перевищувати 10 в полі зору. Вибір лікарських засобів для терапії пневмонії проводиться з урахуванням чутливості виділених збудників до антимікробних засобів.

Респіраторні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД. Пневмоцистна пневмонія (ПП) (1):

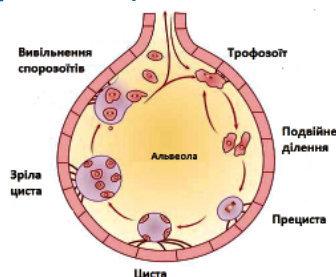
- ***Pneumocystis jiroveci*** (раніше *P. carinii*) – позаклітинний грибок, має тропізм до легеневої тканини;
- реактивація латентної інфекції/реінфекція при **CD4+ < 200 кл./мкл**;
- причина летальних наслідків у **65–85% хворих** на СНІД, відноситься до найбільш важких СНІД-індикаторних інфекцій.

Слайд №21 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Пневмоцистоз – латентна респіраторна грибкова інфекція, яка у імунокомпрометованих осіб перебігає з важкою дихальною недостатністю, є причиною летальних наслідків у 65–85% хворих на СНІД та відноситься до найбільш важких СНІД-індикаторних інфекцій.

Збудник пневмоцистозу – *Pneumocystis jiroveci* (раніше *Pneumocystis carinii*) – позаклітинний грибок, який відрізняється значним тропізмом до легеневої тканини. Практично завжди відбувається реактивація латентної пневмоцистної інфекції або можлива реінфекція при зниженні вмісту CD4-лімфоцитів у крові нижче 200 кл./мкл.

Респіраторні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД. Пневмоцистна пневмонія (ПП) (2)



Слайд №22 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

На слайді №22 представлений життєвий цикл розвитку пневмоцисти в альвеолі.

Респіраторні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД. Пневмоцистна пневмонія (3):

- клініка: класична триада – **сухий кашель, субфебрильна лихоманка та задишка**;
- рентген/КТ: **інтерстиціальні інфільтрати у вигляді метелика** (колокореневі);
- лабораторні показники: ↓ЛДГ, ↓рО₂ крові;
- мікробіологічне дослідження харкотиння, бронхіального секрету, промивних вод бронхів;
- ЗАК: анемія, лейкоцитопенія, тромбоцитопенія, ШОЕ – 40–60 мм/г.

Слайд №23 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Інкубаційний період пневмоцистозу становить 1–2 тижні. На першій стадії, що триває 7–10 днів, домінують помірно виражені явища інтоксикації, на другій (ателектатичній) стадії, яка продовжується до 4 тижнів, виражені симптоми інтерстиціальної пневмонії: задишка, кашлюкоподібний малопродуктивний кашель, що іноді супроводжується виділенням пінистого харкотиння. Фебрильна або субфебрильна температура спостерігається у половини хворих. Біль у грудній клітині може бути ознакою пневмотораксу. На рентгенограмах можуть бути виявлені різні зміни – на ранніх стадіях у прикореневих відділах легенів визначається хмароподібне зменшення прозорості, підсилення інтерстиціального малюнку, дрібновогнищеві тіні, а у ряді випадків рентгенологічні зміни відсутні. Виявляються анемія, лейкоцитопенія, тромбоцитопенія. ШОЕ збільшена до 40–60 мм/г.

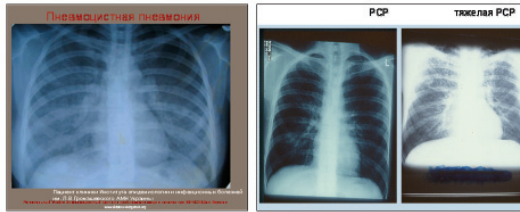
Діагноз ґрунтується на комплексі клінічних та лабораторних даних.

Класичною тріадою симптомів пневмоцистної пневмонії є:

- сухий кашель;
- субфебрильна лихоманка;
- поява задишки при фізичних навантаженнях, яка поступово наростає.

Поєднання вираженої задишки і мінімальних фізикальних змін у легенях дозволяє з великою ймовірністю виключити БП. З лабораторних показників типовим є підвищена активність ЛДГ та зменшення рО₂ крові, що свідчить про дихальну недостатність.

Респіраторні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД. Пневмоцистна пневмонія (4)



Слайд №24 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

При підозрі на пневмоцистну пневмонію необхідно провести рентгенографію ОГК, а за можливості КТ. На рентгенограмі нерідко виявляються характерні інтерстиціальні інфільтрати у вигляді метелика (колокореневі). Вирішальне значення для верифікації діагнозу має виявлення збудника.

Основний досліджуваний матеріал – харкотиння, бронхіальний секрет, промивні води бронхів.

5. Мозковий штурм «Чи може ВІЛ-інфекція змінювати клінічний перебіг ТБ?» (5 хв.)

Мозковий штурм

Як Ви вважаєте, чи може змінювати ВІЛ-інфекція клінічний перебіг туберкульозу?



Слайд №25 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Як Ви вважаєте, чи може змінювати ВІЛ-інфекція клінічний перебіг туберкульозу?». Учасники називають, а тренер фіксує всі їх вислови на фліпчарті. Мозковий штурм дасть можливість тренеру зрозуміти рівень обізнаності аудиторії щодо особливостей перебігу туберкульозу на тлі ВІЛ-інфекції.

По завершенні тренер робить підсумок та переходить до інформаційного повідомлення.

6. Інформаційне повідомлення «Ко-інфекція ВІЛ/ТБ. Атипові мікобактеріози. Інфекції ШКТ. Мікози. Герпесвірусні інфекції. Токсоплазмоз. Саркома Капоші» (35 хв.)

- **Наказ МОЗ України від 06.09.2006 р. № 597**

«Про затвердження методичних рекомендацій «Діагностика позалегеневого туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД»

- **Наказ МОЗ України від 31.12.2014 р. № 1039**

«Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)»

Слайд №26 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

На сьогоднішній день питання ТБ у ВІЛ-інфікованих відображені у такій нормативно-правовій базі:

- **Наказ МОЗ України від 06.09.2006 р. №597** «Про затвердження методичних рекомендацій «Діагностика позалегеневого туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД».
- **Наказ МОЗ України від 31.12.2014 р. №1039** «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)».

Ко-інфекція ВІЛ/ТБ – це активний легеневий/позалегеневий ТБ, який розвивається у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Тому, ВІЛ-інфіковані пацієнти належать до групи ризику щодо захворювання на ТБ (у 20–37 разів частіше). ТБ може розвинутися на будь-якій стадії ВІЛ-інфекції. ТБ є однією з найбільш частих причин смертності хворих на ВІЛ-інфекцію. Так, при ко-інфекції ВІЛ/ТБ надзвичайно високий рівень смертності пов'язаний з несвоечасністю діагностики та адекватного лікування ТБ, ТБ з множинною лікарською стійкістю (МЛС) і широкою лікарською стійкістю (ШЛС).

Діагностика ТБ у ВІЛ-інфікованих ускладнена внаслідок атипового клінічного перебігу (мало бацилярний, дисемінований, генералізований ТБ).

Ко-інфекція ВІЛ/ТБ:

- ВІЛ-інфіковані пацієнти належать до групи ризику щодо захворювання на ТБ (у 20–37 разів частіше);
- ТБ може розвинути на будь-якій стадії ВІЛ-інфекції;
- ТБ є основною причиною смерті ВІЛ-інфікованих;
- частіше первинні МР форми ТБ;
- діагностика ТБ у ВІЛ-інфікованих ускладнена

Слайд №27 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Порівняння захворюваності ТБ серед ВІЛ-інфікованих хворих та осіб, які не інфіковані ВІЛ

Ризик розвитку		Не інфіковані хворі	ВІЛ-інфіковані хворі	СНІД
ТБ			50–113 разів	170 разів
Активні форми ТБ	щорічно	5%	3–13%	
	протягом життя	< 10%	> 30%	

Слайд №28 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Порівняння захворюваності ТБ серед ВІЛ-інфікованих хворих та осіб, не інфікованих ВІЛ

- Ризик розвитку активних форм ТБ у осіб, заражених мікобактеріями, але не ВІЛ-інфікованих, у перші 2 роки становить 5%, протягом життя < 10%.
- Ризик розвитку активних форм ТБ у ВІЛ-інфікованих осіб, заражених мікобактеріями, щорічно становить 3–13%, протягом життя > 30%.
- Ризик розвитку ТБ у осіб, інфікованих ВІЛ, в 50–113 разів вищий, а у хворих на СНІД – в 170 разів вищий, ніж у неінфікованих осіб.

Ко-інфекція ВІЛ/ТБ (1)

Патогенез ВІЛ/ТБ

Загальні механізми:

- ТБ – пригнічення функціональної активності імунокomпетентних клітин, особливо **CD4**;
- ВІЛ – безпосереднє ураження **CD4**;
- тривала бактеріємія – **генералізація ТБ, позалегенові вогнища.**

Слайд №29 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Одним із головних чинників патогенезу ко-інфекції ВІЛ/ТБ є існування загальних механізмів, які пов'язані при ТБ з пригніченням функціональної активності імунокомпетентних клітин, особливо CD4, а при ВІЛ-інфекції – безпосереднім ураженням CD4. Таким чином, імуносупресія при ВІЛ-інфекції й неможливість формування тканинної реакції призводить до тривалої бактеріємії, яка, в свою чергу, створює умови для генералізації ТБ і формування позалегенових вогнищ.

Особливостями морфологічних проявів ТБ при ВІЛ-інфекції є зменшення кількості, а потім і зовсім зникнення, типових туберкульозних гранулєм. При цьому відсутні характерні клітини Пирогова-Лангханса, значно зменшується кількість епітеліоїдних клітин, число макрофагів може збільшуватися, але неповноцінність їх функції виражається в нездатності формування гранулеми.

Ко-інфекція ТБ/ВІЛ (2)	
ВІЛ-інфекція < ТБ:	ТБ < ВІЛ-інфекція:
<ul style="list-style-type: none"> • в 100 разів підвищений ризик розвитку активної форми ТБ; • підвищує частоту рецидивів ТБ; • підсилює лікарську стійкість ТБ; • зниження всмоктування ПТП; • слабка прихильність до лікування ТБ з боку ВІЛ. 	<ul style="list-style-type: none"> • ТБ підвищує ризик прогресії ВІЛ-інфекції (високе ВН); • знижує ефективність АРТ.

Слайд №30 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Ко-інфекція ТБ/ВІЛ

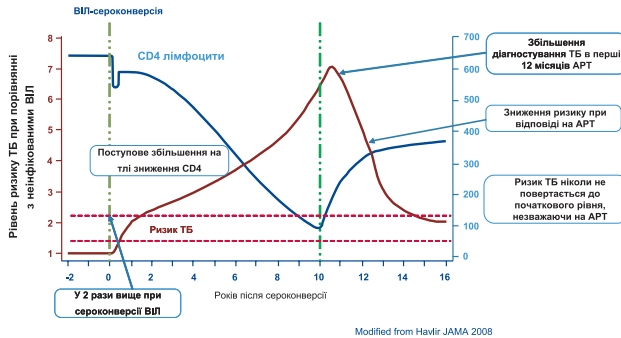
При поєднанні ВІЛ-інфекції та ТБ, ВІЛ-інфекція впливає на перебіг та ефективність лікування ТБ:

- в 100 разів підвищений ризик розвитку активної форми ТБ у осіб з латентною інфекцією;
- підвищується частота рецидивів ТБ;
- ВІЛ підсилює лікарську стійкість ТБ;
- знижується всмоктування ПТП;
- слабкішає здатність до лікування ТБ з боку ВІЛ.

ТБ впливає на перебіг ВІЛ-інфекції та ефективність АРТ, а також підвищує ризик прогресії ВІЛ-інфекції (асоціюється з підвищеним ВН).

Згідно з даними Havlir et al, JAMA, 2008, ризик ТБ у ВІЛ-інфікованих в 20–37 разів вищий, ніж у не інфікованих і залишається підвищеним протягом усього захворювання ВІЛ-інфекцією. Так, ризик ТБ під час сероконверсії ВІЛ підвищується в 2 рази і постійно зростає при зниженні числа клітин CD4. Для пацієнтів, у яких менше 100 кл. CD4/мкл, ризик ТБ майже в 10 разів вищий, ніж у пацієнтів з більше 500 кл./мкл, незважаючи на ефективну АРТ. Ризик ТБ також зростає в перші місяці відразу після початку АРТ, мабуть, внаслідок прояву недиагностованого субклінічного захворювання.

Ризик ТБ підвищений протягом усього періоду ВІЛ-інфекції



Слайд №31 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

У подальшому ризик ТБ знижується протягом ефективного лікування АРВ-препаратами, але ніколи не повертається до рівня ризику для хворих, які неінфіковані ВІЛ-інфекцією.

Характеристика ТБ легенів залежно від рівня CD4

Характеристика ТБ	ВІЛ-негативні, CD4 > 200	CD4 < 200
Клініка	типова для вторинного ТБ: домінує бронхолегеневий синдром	нагадує первинний ТБ: виражений інтоксикаційний синдром, залучення інших органів
Бактеріоскопія мазка мокротиння	часто позитивна	часто негативна
Рентген дані	<ul style="list-style-type: none"> часто виникають інфільтрати з кавернами; вогнищеві зміни у верхніх долях 	<ul style="list-style-type: none"> часто спостерігаються інфільтрати при відсутності каверн; інфільтрати в нижніх долях; міліарна дисемінація

Слайд №32 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Встановлена залежність перебігу ТБ легенів від рівня CD4. Так, у ВІЛ-негативних хворих та пацієнтів з рівнем CD4 > 200 кл./мкл клінічні прояви типові для вторинного ТБ, коли переважає бронхолегеневий синдром. Бактеріоскопія мазка мокротиння виявляється позитивною частіше. При проведенні рентгенологічного дослідження частіше діагностують інфільтрати з кавернами, вогнищеві зміни у верхніх долях легенів.

Необхідно зазначити, що атиповий перебіг ТБ посилюється зі зниженням імунітету. У ВІЛ-позитивних пацієнтів з рівнем CD4 < 200 кл./мкл ураження легенів нагадує первинний ТБ з вираженим інтоксикаційним синдромом, а також залученням інших органів. Бактеріоскопія мазка мокротиння частіше негативна. На рентгенограмі легенів відмічаються інфільтрати при відсутності каверн, інфільтрати в нижніх долях або міліарна дисемінація.

При важкому імунodefіциті відзначається швидка регресія вогнищево-інфільтративних змін, навіть при проведенні неповноцінної протитуберкульозної терапії або застосуванні антибіотиків з антимікобактеріальною активністю.

Ко-інфекція ТБ/ВІЛ. Туберкульоз легенів (1):

- виникає в будь-який період ВІЛ-інфекції;
- найбільш небезпечна форма ТБ;
- частіше первинні МР форми ТБ;
- діагностика утруднена через атипичний клінічний перебіг.

Клініка:

- **інтоксикаційний синдром** (тривала лихоманка, втрата ваги, слабкість, пітливість);
- **бронхолегеневий синдром** (кашель, біль у грудній клітці, кровохаркання, задишка);
- рідше знаходять МБТ (30% при мікроскопії);
- **ТБ органів дихання протікає по типу первинного.**

Об'єктивно:

- фізикальні дані не дозволяють відрізнити ТБ від інших захворювань;
- характерна бідна аускультативна картина.

Слайд №33 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

ТБ легенів може виникнути в будь-який період ВІЛ-інфекції. Є найбільш небезпечною формою ТБ через поширення інфекції повітряно-крапельним шляхом. Більш часто, ніж у загальній популяції, зустрічаються первинні мультирезистентні форми ТБ. Також діагностика ТБ легенів у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією утруднена через атипичний клінічний перебіг (малобацилярний, дисемінований, генералізований ТБ).

Провідним клінічним проявом є інтоксикаційний синдром (тривала лихоманка, втрата ваги, слабкість, пітливість). Бронхолегеневий синдром менш виражений (кашель, біль у грудній клітці, кровохаркання, задишка). При мікроскопії МБТ знаходять рідше (30%). ТБ органів дихання протікає по типу первинного (поєднання ураження паренхіми з локалізацією в передніх сегментах легенів, залучення лімфатичної системи і серозних оболонок).

Об'єктивно: фізикальні дані не дозволяють відрізнити ТБ від інших захворювань, також характерна бідна аускультативна картина.

Ко-інфекція ТБ/ВІЛ. Туберкульоз легенів (2)

Значення рентгенологічних методів діагностики ТБ:

- встановлення змін у легенях для подальшої діагностики;
- не дозволяє розрізнити ТБ від інших захворювань легенів.

Рентген. Особливості ТБ легенів при ВІЛ:

- рідко уражені верхні долі;
- найчастіше уражаються нижні долі;
- рідко формуються порожнинні утворення;
- інфільтрати в легенях мають пневмонічний вид;
- часто збільшені внутрішньогрудні лімфатичні вузли;
- часто відзначається міліарна дисемінація.

Слайд №34 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Рентгенологічні методи відіграють значну роль в діагностиці ТБ при ВІЛ-інфекції. В 95–100% випадках вони дозволяють встановити зміни в легенях (за умови якісних знімків і наявності навченого персоналу, вибору методу променевої діагностики). Хоча вони і не допомагають розрізнити ТБ від інших захворювань легень: пневмонії, пухлини, дисемінації різного генезу, абсцес легень), але виявлені зміни в легенях використовуються для подальшої діагностики.

До рентгенологічних особливостей ТБ легень при ВІЛ-інфекції відносять:

- рідке ураження верхніх долей;
- найчастіше ураження нижніх долей;
- рідке формування порожнинних утворень;
- пневмонічний вид інфільтратів в легенях;
- часте збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів;
- часта міліарна дисемінація.

Респіраторні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД. Атипові мікобактеріози (МАК) (1):

- **Mycobacterium avium complex (MAC);**
- **Mycobacterium avium** в > 90% випадків, у 7–12% – інші види;
- МАК у 20–40% пацієнтів зі СНІДом (при відсутності АРТ та специфічної профілактики);
- 2 випадки на 100 осіб на рік (при профілактиці та АРТ);
- **CD4 < 50 кл./мкл;**
- фактори ризику: високий рівень ВІЛ РНК, попередні ОІ (особливо СМV), попередня колонізація МАК респіраторного чи ШКТ;
- МАК не контагіозні для імунокомпетентних хворих;
- механізм передачі: аерогенний, фекально-оральний, контактний.

Слайд №35 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Основними етіологічними чинниками **атипових мікобактеріозів** є мікобактерії, об'єднані в групу *Mycobacterium avium complex* (МАК). При цьому на долю *Mycobacterium avium* припадає > 90% випадків, у 7–12% – причиною можуть бути інші види. При відсутності АРТ та специфічної профілактики атипові мікобактеріози зустрічаються у 20–40% пацієнтів зі СНІДом. Після запровадження профілактики та АРТ частота виникнення складає 2 випадки на 100 осіб на рік. Більшість випадків виникає при CD4 < 50 кл./мкл. Серед факторів ризику розвитку високий рівень ВІЛ РНК, попередні ОІ (особливо СМV), попередня колонізація МАК респіраторного чи шлунково-кишкового тракту.

Атипові мікобактеріози не контагіозні для імунокомпетентних хворих. Інфікування людини відбувається аерогенним шляхом, через шлунково-кишковий тракт чи пошкоджену шкіру.

МАК-інфекція протікає, як правило, у вигляді неспецифічного дисемінованого процесу, для якого найбільш характерними ознаками є кількість CD4 нижче 100 кл./мкл та висока чи гіперпіретична лихоманка, надмірне виділення поту вночі, втрата ваги, діарея, болі в животі, виснаження, втома. Вогнищеві ураження зустрічаються набагато частіше, зокрема гнійний лімфаденіт. Лімфаденіт нерідко набуває затяжного перебігу, незважаючи навіть на хірургічне лікування. Окрім цього абсцес будь-якої локалізації на тлі вираженого імунодефіциту варто розглядати як можливий прояв МАК-інфекції.

Респіраторні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД. Атипові мікобактеріози (МАК) (2)

Клініка:

- неспецифічний дисемінований процес при СД4 < 100/мкл:
 - висока чи гіперпіретична лихоманка;
 - надмірне виділення поту вночі;
 - втрата ваги;
 - діарея, болі в животі;
 - виснаження, втома.
- **вогнищеві ураження:** гнійний лімфаденіт (затяжний перебіг) або абсцес будь-якої локалізації.

Діагностика:

- ПЛР, виділення збудника з харкотиння, крові, фекалій;
- дослідження пунктату лімфовузлів, печінки, кісткового мозку.

Слайд №36 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Діагноз мікобактеріозів реєструється після виділення збудника з харкотиння, крові, фекалій. Використання методу ПЛР дає можливість протягом декількох годин диференціювати ДНК різних мікобактерій. У зв'язку із можливим розвитком патологічного процесу у печінці та кістковому мозку, мікобактерії можуть бути виявлені при дослідженні пунктів цих органів.

Інфекції ШКТ. Сальмонельоз. Шигельоз

Клініка сальмонельозу:

- **важкий гострий перебіг з вираженим загальнотоксичним синдромом** (лихоманка, надмірне виділення поту, відсутність апетиту, прогресуюча слабкість, зниження маси тіла, діарея);
- **рецидивуючий характер;**
- **генералізація процесу** – формування абсцесів у печінці, легенях, нирках, оболонках мозку, петлях кишок;
- **сальмонельозна септицемія** – важкий перебіг з ознобом та високою лихоманкою, загроза септичного шоку; при цьому діареї може не бути.

Діагностика сальмонельозу:

- виділення сальмонели з крові (позитивна гемокультура), калу, сечі, жовчі з визначенням чутливості виділеного штаму до АБП.

Клініка шигельозу:

- гостра форма з інтоксикацією, у калі майже завжди слиз і кров;
- **рецидивуючий характер.**

Діагностика шигельозу:

- бактеріологічний метод виділення копрокультури.

Слайд №37 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Ураження ШКТ у ВІЛ-інфікованих можуть бути пов'язані як з безпосереднім ураженням ШКТ ВІЛ, так і з різними бактеріями, грибами, вірусами, найпростішими та паразитами (гельмінтами).

Частково причина ураження ШКТ може полягати у атрофії епітелію кишківника, що приводить до синдрому мальабсорбції. Найчастішим проявом ураження ШКТ є діарея, котра може бути гострою, підгострою та хронічною. Діарейний синдром є найчастішою причиною смерті пацієнтів зі СНІДом. Серед інших клінічних симптомів виявляють погіршення або втрату апетиту, нудоту, блювоту, схуднення. До ОІ ШКТ належать сальмонельоз, шигельоз, криптоспоридіоз, мікроспоридіоз.

Сальмонельоз характеризується важким гострим перебігом з інтоксикацією і діареєю, частими рецидивами та генералізацією, яка нерідко переходить в сепсис. При цьому діарейний синдром може бути відсутнім. Провідним є загальнотоксичний синдром (лихоманка, надмірне виділення поту, відсутність апетиту, прогресуюча слабкість, зниження маси тіла). Захворювання часто має рецидивуючий характер. Генералізація процесу часто супроводжується формуванням абсцесів у печінці, легенях, нирках, оболонках мозку, петлях кишок. На тлі вираженого імунodefіциту є високий ризик розвитку сальмонельозної септицемії, котра характеризується важким перебігом з ознобом і високою лихоманкою. У випадку відстрочення лікування виникає загроза септичного шоку. При цьому діареї може й не бути. Діагностується через виділення сальмонели з крові (позитивна гемокультура), калу, сечі, жовчі з визначенням чутливості виділеного штаму до антибактеріальних препаратів.

У хворих на СНІД **шигеліоз** перебігає в гострій формі, супроводжується інтоксикацією, у калі майже завжди виявляється слиз і кров. Шигели виділяються майже у половини хворих на СНІД. Часто розвиваються рецидиви захворювання. Діагноз ґрунтується на клінічних даних і підтверджується бактеріологічним методом виділення копрокультури.

Інфекції ШКТ. Криптоспоридіоз:

- одна з найчастіших протозойних кишкових інфекцій у хворих на СНІД;
- **C. hominis, C. parvum, C. meleagridis, C. canis, C. felis, C. muris;**
- порушення всмоктуючої функції кишківника.

Клініка:

- **гастроінтестинальна форма** (висока температура, нудота, блювота, водянисті «холероподібні» випорожнення до 20 разів на добу, болі в животі);
- прогресуюча діарея з великою втратою рідини призводить до схуднення;
- **CD4 < 50кл./мкл** – діарея має загрозовий характер внаслідок розвитку смертельного зневоднення;
- можуть уражатись жовчний міхур, жовчовивідні шляхи, легені.

Слайд №38 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Криптоспоридіоз – одна з найчастіших протозойних кишкових інфекцій у хворих на СНІД. Викликається *C. hominis, C. parvum, C. meleagridis, C. canis, C. felis, C. muris*. Протікає в гастроінтестинальній формі з порушенням всмоктуючої функції кишківника і набуває тяжкої форми з тривалим перебігом. Спостерігається висока температура, нудота, блювота і водянисті «холероподібні» випорожнення до 20 разів на добу з болями в животі. Прогресуюча діарея з великою втратою рідини призводить до схуднення. На тлі важкого імунodefіциту (CD4 менше 50 кл./мкл) діарея має загрозовий характер внаслідок розвитку смертельного зневоднення. Можуть уражатись жовчний міхур, жовчовивідні шляхи, легені.

Діагностика ґрунтується на клінічних даних, виявленні ооцист криптоспоридій у фекаліях. Використовуються серологічні методи – ІФА. Нерідко при СНІДі криптоспоридіоз поєднується з кандидозом, пневмоцистною пневмонією, цитомегаловірусною, токсоплазмозною та іншими інфекціями.

Інфекції ШКТ. Мікроспоридіоз:

- споруутворюючі паразити – **Encephalitozoon cuniculi**, *Encephalitozoon hellem*, *Encephalitozoon intestinalis* та ін.;
- від 2% до 70% серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів з діареєю (до початку АРТ);
- ризик виникнення при **CD4 < 100кл./мкл**;
- основні клінічні прояви – **діарея, виразковий коліт**;
- **інші симптоми** залежать від виду збудника:
 - *Enterocytozoon bieneusi* – мальабсорбція, холангіт;
 - *Encephalitozoon cuniculi* – гепатит, енцефаліт, дисемінована інфекція;
 - *Encephalitozoon intestinalis* – діарея, дисемінована інфекція, кератокон'юнктивіт;
 - *Encephalitozoon hellem* – кератокон'юнктивіт, синусит, абсцеси простати;
 - *Pleistophora*, *Brachiola*, and *Trachipleistophora* – міозит;
 - *Trachipleistophora* – енцефаліт.

Діагностика: ЗАК – зміни у крові виявляються рідко; відсутні надійні методи виявлення мікроспоридій.

Слайд №39 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Мікроспоридіоз викликають мікроспоридії – споруутворюючі паразити (*Encephalitozoon cuniculi*, *Encephalitozoon hellem*, *Encephalitozoon (Septata) intestinalis* та ін. До застосування АРТ розповсюдженість складала від 2% до 70% серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів з діареєю, різке підвищення ризику виникнення при CD4 < 100 кл./мкл.

Основні клінічні прояви – діарея, виразковий коліт. Інші симптоми залежать від виду збудника:

- *Enterocytozoon bieneusi* – мальабсорбція, холангіт;
- *Encephalitozoon cuniculi* – гепатит, енцефаліт, дисемінована інфекція;
- *Encephalitozoon intestinalis* – діарея, дисемінована інфекція, кератокон'юнктивіт;
- *Encephalitozoon hellem* – кератокон'юнктивіт, синусит, абсцеси простати;
- *Pleistophora*, *Brachiola*, and *Trachipleistophora* – міозит;
- *Trachipleistophora* – енцефаліт.

Загальні зміни у крові виявляються рідко, частіше в біоптаті помірна гранульоматозна реакція з інфільтрацією макрофагами і лімфоцитами.

Діагностика мікроспоридіозу достатньо не розроблена.

Інфекції ШКТ. Ізоспороз:

- протозойне антропонозне захворювання;
- механізм інфікування – фекально-оральний;
- вражають епітелію кишківника, ворсинки епітелію атрофуються, гіперплазія крипт і метаплазія ентероцитів;
- клініка: діарея (ентерит або ентероколіт), лихоманка, при тривалій інвазії – значне зменшення маси тіла (slim-синдром);
- діагностика:
 - клінічні дані;
 - ЗАК – виражена еозінофілія;
 - виявлення ооцист ізоспор в фекаліях.

Слайд №40 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Ізоспороз – протозойне антропонозне захворювання. Основний механізм інфікування – фекально-оральний. Ізоспори уражають епітелій кишківника, ворсинки епітелію атрофуються, утворюється ексудат, відбувається гіперплазія крипт і метаплазія ентероцитів.

Основні клінічні прояви – діарея (ентерит або ентероколіт). Діарея супроводжується нудотою, блюванням, спастичними болями в животі, анорексією, лихоманкою. Тривала інвазія призводить до значного зменшення маси тіла, розвитку slim-синдрому. В крові спостерігається виражена еозинофілія.

Діагностика ґрунтується на клінічних даних. Єдиним методом лабораторної діагностики є виявлення ооцист ізоспор у фекаліях.

Ураження ШКТ при ВІЛ-інфекції

Хронічна діарея у дорослих – частотою більше 3 разів на день протягом щонайменше 14 днів.

Етіологія:

- сальмонельоз;
- шигельоз;
- криптоспоридіоз;
- мікроспоридіоз;
- ізоспороз;
- кандидоз;
- саркома Капоші.

Клініка:

- випорожнення не завжди містять кров, за винятком дизентерії;
- поганий апетит та втрата ваги;
- зневоднення, анемія та виснаження;
- сухість шкіри, ламкість та тьмяність волосся;
- гіпопигментація губ, потемніння нігтів;
- молочниця, волосиста лейкоплакія, збільшення лімфатичних вузлів.

Слайд №41 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Таким чином, у дорослих хронічною вважається діарея з частотою більше 3 разів на день протягом щонайменше 14 днів. Потрібно пам'ятати, що у пацієнта можуть бути епізоди гострої діареї.

Захворювання, які можуть уражати ШКТ при ВІЛ-інфекції: сальмонельоз, шигельоз, криптоспоридіоз, мікроспоридіоз, ізоспороз, кандидоз, саркома Капоші.

Клінічні ознаки хронічної діареї:

- випорожнення не завжди містять кров, за винятком дизентерії;
- поганий апетит та втрата ваги;
- може спостерігатись зневоднення, анемія та виснаження.

У дорослих з хронічною діареєю часто проявляються інші симптоми:

- сухість шкіри, ламкість та тьмяність волосся, пов'язані з недостатнім харчуванням;
- гіпопигментація губ;
- потемніння нігтів;
- молочниця;
- волосиста лейкоплакія;
- збільшення лімфатичних вузлів.

Кандидоз:

- найбільш розповсюджена ОІ – до 90% ВІЛ-інфікованих уражені грибами роду *Candida albicans*;
- лише *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. pseudotropicalis*, *C. crusei* можуть викликати захворювання людини;
- ризик виникнення – при $CD4 < 200$ кл./мкл;
- основний фон розвитку всіх форм кандидозу – пригнічення функції Т-лімфоцитів.

Форми кандидозу:

- **поверхневий** – ураження шкіри та слизових оболонок;
- **інвазивний** – кандидемія, дисемінований кандидоз органів (гострий та хронічний).

Летальність при інвазивних мікозах (*Candida*) – 40–50%

Фактори ризику кандидозів при ВІЛ-інфекції:

- жінки, які отримують контрацептиви;
- новонароджені;
- хворі, які тривалий час або повторно отримують антибіотики;
- пацієнти, що систематично приймають стероїди;
- пацієнти з цукровим діабетом;
- пацієнти, які отримують хіміо- або радіотерапію.

Слайд №42 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Кандидоз належить до числа найбільш розповсюджених опортуністичних інфекцій: до 90% ВІЛ-інфікованих уражені грибами роду *Candida albicans*.

Відомо 186 видів грибків роду *Candida*, з них лише *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. pseudotropicalis*, *C. crusei* та деякі інші можуть викликати захворювання людини. Найчастішим збудником кандидозу (до 80%) є *Candida albicans*. Ризик виникнення різко зростає при $CD4 < 200$ кл./мкл.

Пригнічення функції Т-лімфоцитів, властиве ВІЛ-інфекції – основний фон розвитку всіх форм кандидозу. Реалізація патогенних властивостей грибків визначається факторами агресії, до яких відносяться адгезія грибкової клітини до біосубстрату, сукупність літичних ферментів, які забезпечують інвазію елементів збудника в живі тканини.

Виділяють такі форми кандидозу:

- поверхневий, основним проявом якого є ураження шкіри та слизових оболонок;
- інвазивний, характерними ознаками якого є кандидемія, дисемінований кандидоз органів (гострий та хронічний), кандидозне ураження органу; летальність при інвазивних мікозах залишається високою; фунгемія, викликана грибами роду *Candida*, спричиняє смертність у 40–50% хворих.

Фактори ризику кандидозів при ВІЛ-інфекції:

- жінки, які отримують контрацептиви;
- новонароджені;
- хворі, які тривалий час або повторно отримують антибіотики;
- пацієнти, що систематично приймають стероїди;
- пацієнти з цукровим діабетом;
- пацієнти, які отримують хіміо- або радіотерапію.

Кандидоз органів травлення

Орофарингеальний кандидоз – у 40–60% хворих.

Клініка: білий наліт на язичку, яснах, мигдаликах, язик набряклий, гіперемований, ангулярний хейліт (еритема та тріщини в кутах рота).

Діагноз: клініка, мікроскопія мазка з ротоглотки.

Кандидоз стравоходу – у 70% пацієнтів зі СНІДом, а у 11% з них є першим симптомом цього захворювання.

Клініка: частіше безсимптомний перебіг:

- біль при ковтанні твердої (потім і рідкої) їжі;
- симуляція кардіалгій, стенокардії;
- перебіг тривалий, без лікування може ускладнитися стриктурою стравоходу.

Діагностика: контрастна рентгенографія, ендоскопія.

Слайд №43 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Орофарингеальний кандидоз – одна з найбільш розповсюджених грибкових інфекцій (зустрічається у 40–60% хворих), характеризується виявленням білого нальоту на язичку, яснах, мигдаликах, язик набряклий, гіперемований, часто розвивається хейліт (запалення слизової губ). Розрізняють псевдомембранозний, атрофічний, хронічний гіперпластичний кандидоз, ангулярний хейліт.

Молочниця – найрозповсюдженіша форма ураження слизових оболонок. Притаманна поява білих кремоподібних бляшок на гіперемованій слизовій оболонці піднебіння, щік або язика. Еритематозний кандидоз – плями або зливні ділянки яскраво-червоного кольору. Гіперпластичний кандидоз – зміни на слизовій оболонці білого кольору, які неможливо видалити, проте вони добре піддаються лікуванню. Ангулярний хейліт – еритема та тріщини в кутах рота.

Діагноз орофарингеального кандидозу ставиться на підставі клінічних симптомів і підтверджується даними огляду та мікроскопічного дослідження матеріалу, отриманого з уражених ділянок слизової оболонки.

Для кандидозу стравоходу притаманний переважно безсимптомний перебіг. Але може виникати біль при ковтанні твердої (потім і рідкої) їжі або симуляція кардіалгій, стенокардії. Перебіг тривалий, без лікування може ускладнитися стриктурою стравоходу. Кандидозний езофагіт спостерігається приблизно у 70% пацієнтів зі СНІДом, а у 11% з них є першим симптомом цього захворювання.

Для діагностики використовується метод контрастної рентгенографії: виявляється порушення перистальтики, спазм та набряк слизової оболонки стравоходу, поодинокі або численні виразки стравоходу. При ендоскопії виявляють дефекти слизової оболонки або плоскі бляшки білого кольору.

Кандидоз органів дихання (трахеї, бронхів та легенів)

Клініка:

- приступоподібний малопродуктивний кашель;
- лихоманка.

Діагностика:

- клініко-рентгенологічні дані малоінформативні;
- ендоскопічне дослідження – білий наліт на гіперемованій слизовій оболонці.

Інвазивний кандидоз

Клініка:

- стійка лихоманка чи її рецидиви на тлі терапії антибіотиками ШСД;
- незначні клінічні ознаки при пневмонії – сухий кашель, відсутність хрипів при аускультатії;
- ознаки кандидозного офтальміту – жовтувато-білі плями на очному дні;
- наявність шкірних вогнищ при дисемінованому кандидозі;
- резистентність мікроорганізмів до звичайної терапії та погіршення стану хворого на фоні терапії.

Діагностика: виділення грибків роду *Candida* у 2 та більше посівах, взятих з не розташованих поруч слизових оболонок; виділення культури *Candida* з крові та інших стерильних біологічних рідин.

Слайд №44 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Кандидоз трахеї може бути ізольованим або супроводжувати кандидоз гортані. Притаманний приступоподібний малопродуктивний кашель. При трахеоскопії у типових випадках видно білий наліт на гіперемованій слизовій оболонці, проте його може й не бути.

Кандидоз бронхів та легенів зазвичай виникає на фоні хронічного бронхіту. Клініко-рентгенологічні дані малоінформативні, застосування антибіотиків призводить до погіршення стану. Діагноз ґрунтується на ендоскопічних (білий наліт) і лабораторних даних: наявність в біосубстраті клітин, що брунькуються, псевдоміцелію, або колонієутворюючих одиниць > 1000 в 1 мл харкотиння. Глибина ураження органу оцінюється з урахуванням даних бронхоскопії та гістологічного дослідження.

Клінічними та лабораторними ознаками **інвазивного кандидозу** є:

- стійка лихоманка чи її рецидиви на тлі терапії антибіотиками широкого спектру дії;
- резистентність мікроорганізмів до звичайної терапії та погіршення стану хворого на фоні терапії;
- незначні клінічні ознаки при пневмонії – сухий кашель, відсутність хрипів при аускультатії;
- ознаки кандидозного офтальміту – жовтувато-білі плями на очному дні;
- наявність шкірних вогнищ при дисемінованому кандидозі: окремі рожево-червоні папули 0,3–0,6 см, у яких при гістологічному чи культуральному дослідженні виявляються грибки;
- виділення грибків роду *Candida* у 2 та більше посівах, взятих з не розташованих поруч слизових оболонок;
- виділення культури *Candida* з крові та інших стерильних біологічних рідин.

Кандидоз



Слайд №45 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

На слайді №45 представлені кандидоз ротоглотки, язика, ангулярний хейліт (заїди), кандидоз стравоходу.

Криптокок – інфекційне захворювання, збудником якого є дріжджеподібний грибок роду *Cryptococcus*. У хворих на СНІД виділяється здебільшого *C. neoformans* var. *neoformans*.

Вхідними воротами інфекції частіше всього є верхні дихальні шляхи. Криптококи, що проникли у легені, утворюють первинні вогнища інфекції, потім збудники розповсюджуються гематогенним шляхом.

Клінічна картина криптококозу залежить від локалізації осередку й від стану імунної системи. Інфекція частіше має генералізований характер. Збудник уражає легені й шкіру, рідше – інші органи та системи (кістковий мозок, лімфатичні вузли, печінку, нирки, надниркові залози, суглоби, міокард, перикард, селезінку). Найбільш частою формою криптококозу є менінгіт (до 90% всіх випадків криптококозу).

Криптококоз:

- дріжджеподібний грибок роду **Cryptococcus** (*C. neoformans* var. *neoformans*);
- вхідні ворота – верхні дихальні шляхи (легені) – гематогенна дисемінація.

Клініка:

- генералізований характер;
- частіше вражає **легені й шкіру**, рідше – інші органи та системи (кістковий мозок, лімфатичні вузли, печінку, нирки, надниркові залози, суглоби, міокард, перикард, селезінку).

Криптококовий менінгіт (до 90% всіх випадків криптококозу):

- у 80% хворих – головний біль та лихоманка;
- у 50% – нудота та блювота;
- у 30% – менінгеальні симптоми, світлобоязнь, набряк зорового нерву, параліч VI пари черепних нервів.

Криптококоз легенів: кашель з незначними виділеннями харкотиння, біль в грудній клітині, лихоманка; важкий перебіг з легеневою недостатністю.

Рентген дані: дифузні або вогнищеві інфільтрати в легенях, ексудативний плеврит.

Діагностика:

- виявлення збудника у крові, спинномозковій рідині та сечі;
- виявлення антитіл та антигену криптококу у високих титрах (ІФА, реакція непрямої імуофлюоресценції, реакція латекс-аглютинації);
- при менінгіті у 95% випадках виявляється криптококовий антиген у спинномозковій рідині.

Слайд №46 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Симптоматика **криптококозу** легенів: кашель з незначними виділеннями харкотиння, біль у грудній клітині, лихоманка. Спостерігаються випадки важкого перебігу з вираженими симптомами легеневої недостатності. Рентгенологічні прояви: дифузні або вогнищеві інфільтрати в легенях, в деяких випадках – ексудативний плеврит. При криптококовому менінгіті у 80% хворих провідними симптомами є головний біль та лихоманка; у 50% – нудота та блювота. Приблизно у 30% хворих спостерігаються менінгеальні симптоми, світлобоязнь, набряк зорового нерву, параліч VI пари черепних нервів.

Лабораторна діагностика криптококозу ґрунтується на виявленні збудника у крові, спинномозковій рідині й сечі, виявленні антитіл та антигену криптококу в високих титрах (ІФА, реакція непрямой імунофлюоресценції, реакція латекс-аглоутинації). При менінгіті у 95% випадках виявляється криптококовий антиген у спинномозковій рідині.

Ендемічні мікози: гістоплазмоз, кокцидіоїдоз, пеніциліоз

- **Гістоплазмоз** – грибок *Histoplasma capsulatum* (Північна Америка і країни Карибського басейну).
- **Кокцидіоїдоз (кокцидіомікоз)** – грибок *Coccidioides immitis* (Центральна і Південна Америка).
- **Пеніциліоз** – грибок *Penicillium marneffeii* (Південно-Східна Азія).

Викликають **дисеміновані інфекції** при СНІД (20–30%) в ендемічних районах та **спорадичні (завезені) випадки** в інших регіонах (Україна).

Клініка:

- лихоманка та втрата ваги – у 75% пацієнтів;
- **кокцидіоїдоз** – пневмонія (лихоманка, втрата ваги, нічні поти, кашель, задишка), у 10% – менінгіт;
- локальна або генералізована лімфаденопатія, гепатоспленомегалія, ураження шкіри й виразки ротової порожнини;
- **пеніциліоз** – ураження шкіри (75%);
- **гістоплазмоз** – виразки ШКТ з кровотечею;
- у 5–10% пацієнтів – гострий септичний шок.

Діагностика:

- виділення культури грибків з крові або інших рідин;
- гістологічне дослідження кісткового мозку, лаважної рідини бронхів, біопсійного матеріалу з легенів або виразок шкіри.

Слайд №47 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

До **ендемічних мікозів** належать гістоплазмоз, кокцидіоїдоз, пеніциліоз.

- Збудником гістоплазмозу є диморфний грибок, *Histoplasma capsulatum*, що є ендемічним для країн Північної Америки й Карибського басейну. Міцелій грибка виявляється у ґрунті, особливо в зоні гніздування птахів.
- Збудником кокцидіоїдозу (кокцидіомікозу) є диморфний грибок *Coccidioides immitis*, що є ендемічним для засушливих районів Центральної й Південної Америки, передається з пилом.
- Пеніциліоз викликається диморфним грибом *Penicillium marneffeii*, що є ендемічним для Південно-Східної Азії.

Вказані грибки викликають дисеміновані інфекції у значної кількості хворих на СНІД (20–30%) в ендемічних районах та спорадичні (завезені) випадки в інших регіонах (до яких відноситься Україна). При цьому вказані грибки варто розглядати потенційною причиною лихоманки при наявності епідеміологічних даних про відвідування вказаних регіонів.

Найчастішим проявом грибкової інфекції є лихоманка і втрата ваги, які виявляються приблизно у 75% пацієнтів. У більшості пацієнтів з кокцидіоїдозом

розвивається пневмонія, що проявляється лихоманкою, втратою ваги, нічними потоми, кашлем і задишкою. Респіраторні прояви виявляються у 50% пацієнтів з іншими ендемічними мікозами. Часто зустрічаються локальна або генералізована лімфаденопатія, гепатоспленомегалія, ураження шкіри й виразки ротової порожнини. Ураження шкіри найчастіше (75%) зустрічаються при пеніциліозі. При гістоплазмозі нерідко виявляються виразки шлунково-кишкового тракту, які ускладнюються кровотечею. Менінгіт найчастіше (до 10%) зустрічається при кокцидіодозі, клінічна картина не відрізняється від менінгітів іншої етіології. У 5–10% пацієнтів з ендемічними мікозами виникає гострий септичний шок, що проявляється гіпотензією та вираженим синдромом дисемінованого внутрішньосудинного зсідання і є поганою прогностичною ознакою.

Діагноз встановлюється при виділенні культури грибків з крові або інших рідин, а також за допомогою гістологічного дослідження кісткового мозку, важкої рідини бронхів, біопсійного матеріалу з легенів або виразок шкіри.

Герпесвірусні інфекції:

- ВГЛ-1 – орофарингеальні ураження;
- ВГЛ-2 – генітальний герпес;
- ВГЛ-3 – вітряна віспа та оперізуючий лишай;
- ВГЛ-4 – інфекційний мононуклеоз, волосиста лейкоплакія язика, лімфома Беркітта, назофарингіальна карцинома;
- ВГЛ-5 – цитомегаловірусна інфекція;
- ВГЛ-6 – раптова екзантема у дітей раннього віку та синдром хронічної втоми у дорослих;
- ВГЛ-7 – лімфопроліферативні захворювання;
- ВГЛ-8 – саркома Капоші;
- на фоні імунodefіциту – герпесвірусна інфекція 1, 2, 3, 5 та 8 типів.

Слайд №48 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Вірусні інфекції

На тлі імунodefіциту переважно маніфестують або виникають генералізовані форми герпесвірусної інфекції 1, 2, 3, 5 та 8 типів. До особливостей патології, яка спричинена вірусами цієї групи, належить тривала латентна фаза після гострого періоду з можливістю активації пізніше за клінічною картиною, специфічною для кожного виду вірусу. Інфекційний процес, зумовлений вірусами цієї групи, часто буває безпосередньою причиною смерті хворих на СНІД. Летальність при герпетичному енцефаліті сягає 85%.

Згідно з сучасною класифікацією розрізняють 8 типів вірусів родини герпес.

Вірус герпесу людини 1 типу (ВГЛ-1) викликає орофарингеальне ураження; ВГЛ-2 – генітальний герпес; ВГЛ-3 – два самостійних захворювання – вітряну віспу та оперізуючий лишай; ВГЛ-4 (або вірус Епштейна-Барр) є етіологічним чинником інфекційного мононуклеозу, лімфоми Беркітта, назофарингіальної карциноми, волосистої лейкоплакії язика; ВГЛ-5 спричиняє цитомегаловірусну інфекцію; ВГЛ-6 – етіологічний чинник раптової екзантеми у дітей раннього віку та синдрому хронічної втоми у дорослих (допускається його роль у виникненні лімфогранулематозу, саркоїдозу, злоякісної В-клітинної лімфоми, хвороб Шегрена та Крона, аутоімунного тиреоїдиту); ВГЛ-7 асоціюється з лімфопроліферативними захворюваннями; ВГЛ-8 викликає саркому Капоші.

Герпесвірусні захворювання, викликані ВПЛ

Вірус простого герпесу (*Herpes simplex virus*) має 2 типи – ВПЛ-1 і ВПЛ-2:

- **ураження шкіри та слизових оболонок:** типова локалізація ВПЛ – шкіра обличчя навколо рота, особливо кути, червона облямівка губ, крила носа, рідше шкіра щік, вушних раковин, чола, повік, регіонарна лімфаденопатія; ураження слизової оболонки порожнини рота – афта;
- **генітальний герпес** – герпетична висипка на шкірі статевих органів та сідниць, стегнах, попереку;
- **герпетичні захворювання очей** – дерматит повік, блефарокон'юнктивіт, кон'юнктивіт, кератит, ірит, іридоцикліт, хоріоретиніт, неврит зорового нерву;
- **герпетичні ураження ЦНС** – менінгіт, енцефаліт, менінгоенцефаліт (втрата пам'яті, свідомості, розвиток набряку мозку).

Вісцеральні форми герпесу:

- **герпетичний гепатит** – гепатит+стоматит, лихоманка, лейкопенія, профузні кровотечі, ДВЗ-синдром;
- **ураження ШКТ:** езофагіт (печія, дисфагія, схуднення), кровотеча і перфорація стравоходу;
- **герпетичні ураження респіраторного тракту** – вогнищева та інтерстиціальна пневмонія (висока лихоманка, непродуктивний кашель, торакалгія, задишка, слабкість).

Діагностика: рентгенографія органів грудної клітини, УЗД органів черевної порожнини, МРТ головно-го та спинного мозку, офтальмоскопія, ПЛР.

Слайд №49 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Герпесвірусні захворювання, викликані вірусом простого герпесу

Вірус простого герпесу (*Herpes simplex virus*) передається контактано-статевим, повітряно-крапельним і вертикальним шляхами, уражає шкіру слизової оболонки, ЦНС, очі та внутрішні органи. Існує 2 типи простого герпесу – ВПЛ-1 і ВПЛ-2, які виявляються практично в усіх ВІЛ-інфікованих. Після зараження розвивається первинна вірусемія, при цьому ВПЛ може тривалий час персистувати у лейкоцитах. Гематогенна дисемінація вірусу призводить до розвитку генералізованого герпесу, особливо в осіб з імунодефіцитом. Після вторинної вірусемії ВПЛ активно розмножуються в органах і тканинах.

Може уражатися будь-яка ділянка шкіри та слизових оболонок. Типова локалізація простого герпесу – шкіра обличчя навколо рота, особливо кути, червона облямівка губ, крила носа, рідше уражається шкіра щік, вушних раковин, чола, повік. Характерним елементом ураження слизової оболонки порожнини рота є афта. Нерідко спостерігається герпетична висипка на шкірі статевих органів та сідниць, стегнах, попереку, пальцях рук. При герпетичних ураженнях шкіри до процесу залучаються регіонарні лімфатичні вузли.

Генітальний герпес проявляється гіперемією, набряком, виразками різної величини, контактними кровотечами. При важкому імунодефіциті процес набуває генералізованого характеру.

Клінічна картина герпетичних захворювань очей різноманітна – дерматит повік, блефарокон'юнктивіт, кон'юнктивіт, кератит, ірит, іридоцикліт, хоріоретиніт, неврит зорового нерву.

Первинна герпетична інфекція незалежно від клінічної форми і локалізації супроводжується проникненням вірусу в ганглії дорсальних корінців з розвитком гострої інфекції в них, і наступною персистенцією у нейронах. Герпетичні ураження ЦНС клінічно проявляються менінгітом, енцефалітом, менінгоенцефалітом, які протікають важко, із втратою пам'яті, свідомості, розвитком набряку мозку. У диференційній діагностиці допомагає люмбальна пункція: при герпетичному енцефаліті у лікворі – лімфоцитарний плеоцитоз (від декількох клітин до 1000 і більше в 1 мл).

Вісцеральні форми герпесу – герпетичний гепатит, ураження ШКТ та респіраторного тракту. Клінічні прояви герпетичного гепатиту мало відрізняються

від спричиненого іншою вірусною інфекцією, проте притаманний розвиток стоматиту, лихоманки, лейкопенії, пізніше приєднуються профузні кровотечі та розвиток ДВЗ-синдрому.

При ураженні ШКТ розвивається езофагіт, якому властиві крововиливи, ерозії, некрози. Хворі скаржаться на печію, дисфагію, схуднення. Найбільш небезпечними ускладненнями є кровотеча й перфорація стравоходу.

Герпетичні ураження респіраторного тракту проявляються вогнищевою та інтерстиціальною пневмонією – високою лихоманкою, непродуктивним кашлем, торакалгією, задишкою, слабкістю. Герпетична пневмонія часто поєднується з трахеїтом, трахеобронхітом, езофагітом.

Залежно від локалізації патологічного процесу проводиться рентгенографія органів грудної клітки, УЗД органів черевної порожнини, МРТ головного та спинного мозку, офтальмоскопія.

Ураження шкіри вірусом простого герпесу



Слайд №50 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

На слайді №50 представлена типова локалізація простого герпесу – шкіра обличчя навколо рота та червона облямівка губ.

Хронічний виразковий герпес: ураження мошонки і пахових складок. Виразки мають лінійну та овальну форму.

Герпесвірусні захворювання, викликані VZV

Оперізуючий лишай – ВГЛ-3 (Varicella zoster virus):

- нестерпні невралгії, лихоманка, свербіння шкіри, слабкість, головний біль;
- висипка по ходу окремих (міжреберних) нервів;
- регіонарна лімфаденопатія;
- ураження шкіри обличчя і голови, особливо гілки трійчастого нерву;
- інтоксикація, лихоманка (гангліошкірна форма).

Очна форма:

- ураження гассерового вузла, висипання по ходу гілок трійчастого нерву, на слизових очей, носа, на шкірі обличчя;
- виразковий кератит, ірит, іридоцикліт, відшарування сітківки, глаукома;
- параліч лицьового нерву;
- менінгоенцефаліт (лихоманка, постійний головний біль, загальнономозкові та вогнищеві симптоми, летальність 60%).

Слайд №51 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

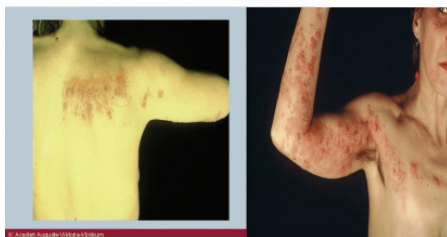
Герпесвірусні захворювання, викликані VZV

Частим проявом ВІЛ-інфекції є оперізуючий лишай, що викликається ВГЛ-3. Основні симптоми хвороби – нестерпні невралгії, лихоманка, свербіння шкіри, слабкість, головний біль. По ходу окремих нервів (найчастіше – міжреберних) з'являються рожеві плями до 3–5 см у діаметрі, які перетворюються в папулу, пухирці, а потім підсихають. Збільшені й болючі регіонарні лімфовузли. Часто уражається шкіра обличчя і голови, особливо гілки трійчастого нерву. Розвивається інтоксикація, підвищується температура (гангліошкірна форма). У частини хворих постгерпетичні невралгії можуть тривати місяцями. Гангренозна форма виникає у випадку різкого пригнічення імунітету, характеризується глибоким ураженням шкіри з наступним рубцюванням.

При очній формі уражається гассерів вузол, тому висипання локалізуються по ходу гілок трійчастого нерву, на слизових очей, носа, на шкірі обличчя. Можуть розвиватися виразковий кератит, ірит, іридоцикліт, відшарування сітківки, глаукома. У частини хворих спостерігається параліч лицьового нерву. Менінгоенцефаліт, викликаний ВГЛ-3, зустрічається рідко. Відзначається лихоманка, постійний головний біль може виникнути ще до висипання. Захворювання проявляються загальномозковими та вогнищевими симптомами, летальність сягає 60%.

Оперізуючий лишай (1)

Herpes Zoster



Слайд №52 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

На слайдах №52–53 показано типову локалізацію оперізуючого лишая.

Оперізуючий лишай (2)



Thomas D. Fitzpatrick «Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology», the 3rd ed., 1999

Слайд №53 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Волосиста лейкоплакія язика



Слайд №54 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Герпесвірусні захворювання, викликані вірусом Епштейна-Барр

EBV вірус герпесу людини 4 типу відіграє етіологічну роль при волосистій лейкоплакії язика, лімфомі Беркітта, неходжкінських лімфомах, назофорангіальній карциномі і при лімфоцитарній інтерстиціальній пневмонії у дітей.

Волосиста лейкоплакія язика зустрічається у ВІЛ-інфікованих досить часто, з такою ж частотою виявляється у пацієнтів, яким проведена трансплантація органів, що свідчить про зв'язок з імуносупресією. Є результатом непухлинного ураження епітеліальних клітин і проявляється у вигляді рельєфних, білих, зморшкуватих нашарувань на слизовій порожнині рота, переважно на латеральній поверхні язика. Дуже часто розцінюється як прояв орофарингеального кандидозу, хоча досить часто співіснує разом. При волосистій лейкоплакії язика біла бляшка надає бічній поверхні язика гофрований вигляд.

Цитомегаловірусна інфекція

ВГЛ-5 (Cytomegalovirus) у 20–40% ВІЛ-інфікованих є причиною смерті.

Клініка: поліморфна, часто не має специфічних рис і протікає під маскою інших захворювань:

- **CMV-хоріоретиніти** – при **CD4-лімфоцитів < 50 кл./мкл**;
- ураження одного ока, при прогресуванні – і другого;
- нечіткі окреслення предметів;
- ослаблення зору, «мурашки» перед очима;
- без лікування – **сліпота**.

Офтальмологічне дослідження – зона некрозу сітківки, геморагія, атрофія сітківки, розриви, сліпота:

- **CMV ураження ШКТ** – езофагіт, ентероколіт, коліт (діарея, схуднення, анорексія), лихоманка, перфорації ШКТ;
- **CMV-пневмонія нагадує ПП** (задишка, сухий непродуктивний кашель, тахікардія, тахіпное; відсутність фізикальних змін, дифузні інтерстиціальні інфільтрати, гіпоксемія);
- **ураження ЦНС – енцефаліт** (головні болі, зміни особистості, зниження концентрації уваги, симптоми дезорієнтації, дефекти пам'яті, сомноленція, ознаки ураження стовбуру мозку);
- **менінгоенцефаліт** (сильний головний біль, виражені менінгеальні симптоми, парез лицьового нерва, швидке порушення свідомості), смерть хворих протягом місяця;
- **мієліт** – прогностично несприятлива ознака, смерть через 1–3 місяці.

Слайд №55 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Цитомегаловірусна інфекція

CMV-інфекція, викликана ВГЛ-5, виявляється у 20–40% ВІЛ-інфікованих і є безпосередньою причиною смерті кожного п'ятого з них. Клінічна картина її поліморфна, часто не має специфічних рис і протікає під маскою інших захворювань. Вірус проникає в організм через верхні відділи респіраторного тракту й слинні залози і зберігається в ньому протягом всього життя, виділяючись з сечею та слиною.

Як правило, хворі на СНІД – це особи, у яких уже є латентна CMV-інфекція, і захворювання починається поступово, непомітно. Серед притаманних CMV-інфекції ознак виділяють ураження сітківки і судинної оболонки ока, ураження ШКТ (езофагіт, коліт, синдром виснаження), нервової системи (периферійні нейропатії, мієліт, менінгіт) і легенів (пневмонія).

Хоріоретиніти CMV-природи виявляються у хворих з глибоким виснаженням імунної системи, при вмісті CD4-лімфоцитів < 50 кл./мкл. Характерним є ураження одного ока, при прогресуванні процесу уражається і друге. Спочатку хворі скаржаться на нечіткі окреслення предметів, ослаблення зору, «мурашки» перед очима. Без лікування захворювання прогресує і закінчується сліпотю. При офтальмологічному дослідженні виявляють зону некрозу сітківки білого кольору з набряком, геморагіями оточуючої тканини та інфільтрацією стінок судин. За декілька тижнів зона некрозу розширюється на всю сітківку і викликає її атрофію, розриви і сліпоту.

Притаманне ураження ШКТ з картиною езофагіту, ентероколіту, коліту. Найбільш типовим клінічним проявом у таких хворих є лихоманка, діарея, схуднення, анорексія. При ректороманоскопії визначаються підслизові геморагії і дифузні виразки кишки. Нерідко виникають перфорації ШКТ і хворі потребують невідкладного хірургічного втручання.

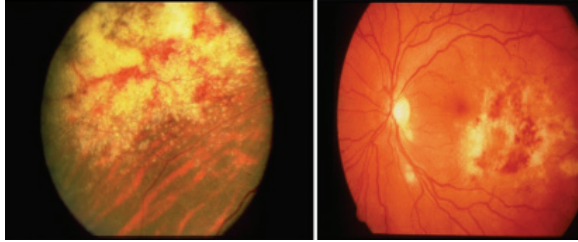
Клінічні й лабораторно-інструментальні дані при CMV-пневмонії нагадують ПП (задишка, сухий непродуктивний кашель, тахікардія, тахіпное; відсутність фізикальних змін, дифузні інтерстиціальні інфільтрати, гіпоксемія). Часто ці два етіологічні чинники пневмоній поєднуються.

Ураження ЦНС CMV-природи у хворих на СНІД зустрічаються у вигляді енцефаліту з наступною симптоматикою: головні болі, зміни особистості, зниження концентрації уваги, симптоми дезорієнтації, дефекти пам'яті, сомноленція, ознаки ураження стовбуру мозку. Можливе виявлення вірусної ДНК у спинномозковій рідині.

Перебіг менінгоенцефаліту більш агресивний – з гострим початковим сильним головним болем, вираженими менінгеальними симптомами, парезом лицьового нерву, швидким порушенням свідомості. КТ мозку виявляє неспецифічні порушення, проте можливе виявлення досить характерних субепендимальних змін з вентрикулітом. Аналіз спинномозкової рідини нормальний, але в ній можна виявити вірус. Клінічний перебіг від початку первинних симптомів і до смерті хворих розвивається протягом місяця.

Розвиток мієліту – прогностично несприятлива ознака. Хворі помирають через 1–3 місяці. При патолого-анатомічному дослідженні у спинному мозку виявляють вогнищеві некрози, крововиливи, ділянки демієлінізації.

Цитомегаловірусний ретиніт



Слайд №56 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

На слайді №56 представлено офтальмологічне дослідження при CMV-ретиніті – зона некрозу сітківки білого кольору з набряком, геморагіями оточуючої тканини та інфільтрацією стінок судин.

Токсоплазмоз (1)



Трофозоїти в культурі тканин

Слайд №57 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Токсоплазмоз – протозойна зоонозна інфекція з досить складним життєвим циклом збудника (*Toxoplasma gondii*). Остаточний господар – представники сімейства котячих; інфікування людини може відбуватися аліментарним шляхом, через пошкоджену шкіру і внутрішньоутробно (трансплацентарно).

Токсоплазмоз (2)

- **Toxoplasma gondii** – протозойна зоонозна інфекція: протікає безсимптомно, на фоні імунodefіциту може проявлятися як клінічно виражена хвороба.
- **Церебральний токсоплазмоз:** вогнищеві (геміпарез, геміплегія, мозочковий тремор, звуження поля зору, афазія, різкі головні болі, судоми) або дифузні (слабкість, дезорієнтація, гострий психоз, сплутаність свідомості, кома) ураження; при ураженні спинного мозку – поперечний мієліт.
- **Токсоплазмоз пнеvmонія** – лихоманка, непродуктивний кашель, швидка дихальна недостатність. Рентгенологічно – двобічні інтерстиціальні інфільтрати.
- **Ураження органу зору** – вогнищевий некротизуючий хоріоретиніт, церебральний токсоплазмоз.
- **CD4-лімфоцитів < 100 кл./мкл** – дисемінований токсоплазмоз (енцефаліт, ураження очей, легенів, міокарду, лімфатичних вузлів, печінки, сепсис/септичний шок з ДВЗ-синдромом).

Діагностика: КТ і МРТ (множинні вогнищеві зміни у головному мозку в базальних гангліях, білій речовині мозку – кільцеподібні вогнища); IgG в сироватці.

Слайд №58 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Токсоплазмоз протікає переважно безсимптомно, але на фоні імунodefіциту може проявлятися як клінічно виражена хвороба.

Серед уражень ЦНС при ВІЛ-інфекції особливе місце займає церебральний токсоплазмоз, для якого притаманне не тільки широке розповсюдження, але й можливість успішного лікування.

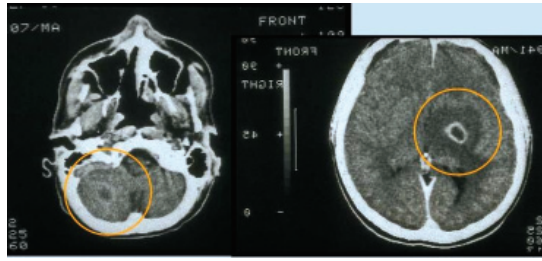
При падінні числа CD4-лімфоцитів <100 кл./мкл може розвиватись дисемінований токсоплазмоз із проявами енцефаліту та ураженнями очей, легенів, міокарду, лімфатичних вузлів, печінки та ін. Вони майже завжди супроводжуються симптомами генералізованого процесу – високою температурою, ознаками сепсису або септичного шоку з ДВЗ-синдромом, мультиорганими ураженнями, порушеннями психіки.

Токсоплазмозний енцефаліт розвивається внаслідок реактивації латентної інфекції. Може протікати з вогнищевими (геміпарез, геміплегія, мозочковий тремор, звуження поля зору, афазія, різкі головні болі, судоми) або дифузними (слабкість, дезорієнтація, гострий психоз, сплутаність свідомості, кома) ураженнями. При ураженні спинного мозку спостерігається поперечний мієліт. Може виникати пнеvmонія – характерне органне ураження у хворих на СНІД, які інфіковані токсоплазмою. З'являється лихоманка, непродуктивний кашель, швидко розвивається дихальна недостатність. Рентгенологічно – двобічні інтерстиціальні інфільтрати, іноді з прикореневою аденопатією.

Ураження органу зору проявляється як вогнищевий некротизуючий хоріоретиніт, іноді в поєднанні з васкулітом і папілітом, це ураження може передувати або поєднуватись з ураженням ЦНС. При офтальмоскопічному обстеженні виявляються одно- або двобічні вогнищеві чи дифузні некрози і крововиливи.

При діагностиці токсоплазмозного енцефаліту враховують наявність вогнищевих змін у головному мозку. Важливу роль у діагностиці токсоплазмозного енцефаліту відіграють КТ і МРТ. Практично у всіх хворих візуалізується набряк головного мозку, відзначається наявність контрастного підсилення некротичних вогнищ. Як правило, вони множинні, знаходяться в базальних гангліях, білій речовині мозку. Для діагностики токсоплазмозу при ВІЛ-інфекції достатньо виявлення титру антитіл IgG в сироватці.

Церебральний токсоплазмоз



Слайд №59 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

На слайді №59 представлена КТ головного мозку з контрастуванням у хворого з церебральним токсоплазмозом. Виявлено вогнище зниженої щільності з кільцеподібним посиленням і зсув структур/набряк мозку (переважно в лобових долях, базальних ядрах).

Саркома Капоші:

- новоутворення ендотеліальних клітин;
- збудник – вірус герпесу 8 типу;
- частіше у хворих на ВІЛ/СНІД чоловіків;
- вражає осіб молодого віку і має прогресуючий характер;
- 3 гістологічні стадії саркоми Капоші: стадія плями, бляшки та вузла;
- СК з'являється спочатку на шкірі або слизових у вигляді маленьких плям, які поступово збільшуються до вузлів; кількість елементів і їх розміри можуть бути різними; колір варіює від червоно-коричневого до фіолетового;
- на обличчі СК часто локалізується на кінчику носу, навколо очниці;
- у половині випадків уражається шлунково-кишковий тракт, нерідко – трахея, бронхи, плевра, легені;
- **діагноз СК:** гістологічне дослідження біоптату шкіри, слизової оболонки, огляд шкіри та слизових, методом ПЛР при виявленні ДНК ВГЛ-8.

Слайд №60 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Саркома Капоші (далі по тексту – СК) – новоутворення ендотеліальних клітин, яке найчастіше розвивається у хворих на ВІЛ/СНІД чоловіків. На відміну від саркоми неендемичного характеру, уражає осіб молодого віку і має прогресуючий характер. Етіологічним чинником СК є вірус герпесу 8 типу.

СК з'являється спочатку на шкірі або слизових у вигляді маленьких плям, які поступово збільшуються до вузлів. Кількість елементів і їх розміри можуть бути різними. Колір варіює від червоно-коричневого до фіолетового. На обличчі СК часто локалізується на кінчику носу, навколо очниці. У половині випадків уражається шлунково-кишковий тракт, нерідко – трахея, бронхи, плевра, легені.

Діагноз СК ставлять при гістологічному дослідженні біоптату шкіри, слизової оболонки, детальному огляді шкіри та слизових, методом ПЛР при виявленні ДНК ВГЛ-8.

Саркома Капоші, класична форма



Слайд №61 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

На слайді №61 показано класичну форму СК. Права нога набрякла, гомілка і стегно вкриті фіолетовими папулами і вузлами, що зливаються між собою. Звертає на себе увагу несиметричність ураження ніг.

Саркома Капоші, епідемічна форма (1)



Слайд №62 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

На слайді №62 показано епідемічну форму СК. На стадії плями над ключицею спостерігається багряна пляма овальної форми, оточена ледь помітним зеленуватим вінчиком. На стадії бляшки у хворого на СНІД виділяються великі щільні фіолетові бляшки і вузли на грудях, діагностується діапедез еритроцитів, відкладення гемосидерину. На стадії вузла можна побачити багряний вузол на нижній повіці, оточений жовто-зеленим вінчком, на щоці – контагіозний молюск.

Саркома Капоші, епідемічна форма (2)



Слайд №63 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

На слайді №63 показано епідемічну форму ураження ясен СК. Великий фіолетовий вузол на яснах прикриває два верхніх різця. На другому зображенні – епідемічна форма твердого піднебіння СК: фіолетовий вузол на твердому піднебінні.

Саркома Капоші, епідемічна форма (3)



Слайд №64 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

На слайді №64 показано епідемічну форму стадії бляшки СК. Бордова бляшка на носі і кілька вузлів на щоці спотворюють обличчя, воно покривається папулами і вузлами й набуває вигляду «бруківки». На другому зображенні – епідемічна форма стадії бляшки СК, коли уражено шкіру передпліччя.

7. Обговорення «Фізикальне обстеження пацієнта з метою виявлення опортуністичних захворювань» (5 хв.)

Обговорення

Як сімейний лікар повинен проводити фізикальне обстеження пацієнта з метою виявлення опортуністичних захворювань?



Слайд №65 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Тренер звертається до учасників із запитанням «Як сімейний лікар повинен проводити фізикальне обстеження пацієнта з метою виявлення опортуністичних захворювань?».

Тренер дає учасникам висловитися, підбиває підсумки обговорення і переходить до інформаційного повідомлення.

8. Інформаційне повідомлення «Первинне об'єктивне фізикальне обстеження пацієнта» (5 хв.)

Первинне об'єктивне фізикальне обстеження (1):

- визначення статури, зросту, ваги, індексу маси тіла, температури тіла, пульсу, артеріального тиску;
- огляд ротової порожнини та ротоглотки (кандидоз, волосиста лейкоплакія, СК слизової оболонки, афтозний стоматит, періодонтит, первинний сифіліс);
- обстеження шкірного покриву (простий або оперізувальний герпес, себореїтний дерматит, контактіозний молюск, фолікуліт, мікози, псоріаз, вузлувата свербіць, СК, ознаки ін'єкцій у СН тощо);
- пальпація периферичних лімфатичних вузлів (групи, розмір, консистенція, симетричність, відношення до прилеглих тканин, «пакети», наявність або відсутність змін шкіри над лімфатичними вузлами, біль або її відсутність при пальпації (ПГЛ, ТБ, онкологічні захворювання));
- дослідження неврологічного статусу (включно з симптомами нейропатії);
- оцінка психічного статусу (за можливості);
- оцінка зору та огляд очного дна ($CD4 < 100$ кл./мкл CMV-ретиніт);

Слайд №66 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Обов'язковими компонентами фізикального обстеження, у тому числі з метою виявлення характерних та розповсюджених при ВІЛ-інфекції патологічних змін, є:

- визначення статури, зросту, ваги, індексу маси тіла, температури тіла, пульсу, артеріального тиску;
- огляд ротової порожнини та ротоглотки (звернути увагу на можливі прояви кандидозу, волосистої лейкоплакії, СК слизової оболонки, афтозного стоматиту, захворювання періодонту, первинного сифілісу);
- обстеження шкірного покриву (можливі ознаки наявного або перенесеного простого або оперізувального герпесу, себорейного дерматиту, контагіозного моллюска, фолікуліту, грибкових інфекцій, псоріазу, вузлуватої свербеця, СК, ознаки ін'єкцій у СН тощо);
- пальпація периферичних лімфатичних вузлів: групи, розмір, консистенція, симетричність, відношення до прилеглих тканин, «пакети», наявність або відсутність змін шкіри над лімфатичними вузлами, біль або її відсутність при пальпації (з метою виявлення ознак туберкульозу, онкологічних захворювань, персистуючої генералізованої лімфаденопатії);
- дослідження неврологічного статусу (включно з симптомами нейропатії);
- оцінка психічного статусу (за можливості);
- оцінка зору та огляд очного дна; огляд очного дна має проводитися офтальмологом усім пацієнтам з кількістю лімфоцитів, що містять на поверхні молекулу Cluster Designation 4+, (далі – CD4-лімфоцитів) менше 100 кл./мкл, у зв'язку з високим ризиком цитомегаловірусного ретиніту або інших асоційованих з ВІЛ уражень зорового апарату;

Первинне об'єктивне фізикальне обстеження (2):

- обстеження грудної клітки та органів дихання: притуплення легеневого перкуторного звуку, хрипи при аускультатії (з метою виявлення ТБ легенів та плеври, бактеріальної пневмонії, ПП, карциноми та інших новоутворень, плевриту);
- обстеження серцево-судинної системи, у тому числі периферичних судин: тони, шуми серця (підвищений ризик серцево-судинних ускладнень, ендокардиту, запальних захворювань і тромбозів вен у разі вживання ін'єкційних наркотиків);
- обстеження органів черевної порожнини: болісність, ригідність при пальпації передньої черевної стінки, консистенція та розмір печінки і селезінки (побічні реакції АРВ, ознаки ЦП, алкогольної токсичності; злоякісне новоутворення), характер випорожнень;
- обстеження анальної ділянки та статевих органів (герпетична інфекція, сифіліс, гострокінциєві кондиломи та анальні карциноми);
- пальпація молочних залоз та гінекологічне обстеження у жінок (генітальні виразки, патологічні утворення у ділянці шийки матки, матки, придатків матки або прямої кишки);
- обстеження кінцівок: об'єм рухів, рухливість (ліподистрофія – побічні реакції АРВ).

Слайд №67 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

- обстеження грудної клітки та органів дихання: притуплення легеневого перкуторного звуку, хрипи при аускультатії (з метою виявлення ознак туберкульозу легенів та плеври, бактеріальної пневмонії, пневмоцистної пневмонії, карциноми та інших новоутворень, накопичення рідини у плевральній порожнині);
- обстеження серцево-судинної системи, у тому числі периферичних судин: тони, шуми серця (враховуючи підвищений ризик серцево-судинних ускладнень у старших пацієнтів, ризик ендокардиту, а також ризик запальних захворювань і тромбозів вен у разі вживання ін'єкційних наркотиків);

- обстеження органів черевної порожнини: болісність, ригідність при пальпації передньої черевної стінки, консистенція та розмір печінки і селезінки (враховувати можливі прояви побічних реакцій АРВ лікарських засобів в майбутньому, ознаки цирозу печінки внаслідок хронічного гепатиту, алкогольної токсичності; локальна лімфаденопатія та/або гепатомегалія та/або спленомегалія можуть свідчити про інфекцію або злякисне новоутворення та потребують поглибленого обстеження), характер випорожнень;
- обстеження анальної ділянки та статевих органів (можливі прояви герпетичної інфекції, сифілісу, гострокінцевих кондиллом та анальної карциноми);
- пальпація молочних залоз та гінекологічне обстеження у жінок, в тому числі з оглядом зовнішніх статевих органів на предмет наявності генітальних виразок або висипу та/або інших патологічних утворень; обстеження у дзеркалах з метою оцінки наявності патологічних виділень вагінального або цервікального походження; бімануальне та ректовагінальне обстеження з метою виявлення ущільнення або новоутворень у ділянці шийки матки, матки, придатків матки або прямої кишки;
- обстеження кінцівок: об'єм рухів, рухливість (виявлення ознак ліподистрофії, можливих проявів побічних реакцій АРВ лікарських засобів у майбутньому).

9. Розгляд ситуаційних задач. Робота в малих групах (30 хв.)



Слайд №68 презентації «Клінічні прояви опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

Тренер пропонує учасникам об'єднатися у малі групи (по 3–4 особи) для опрацювання ситуаційних задач. На кожну групу видається одна задача, маркери, аркуш паперу для фліпчарту.

Задачі подано у Додатку 1 до Теми 1.4.

Для учасників чітко визначається, що на обговорення всередині групи дається 10 хвилин. При вирішенні задач необхідно дати відповіді на три запитання:

1. Які захворювання необхідно запідозрити у пацієнта?

2. Вказати додаткові методи обстеження, які необхідно провести пацієнту.
3. Визначити стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Після завершення часу для роботи груп, один представник з кожної групи презентує напрацювання. По завершенні презентації кожної групи, всім учасникам тренінгу надається право взяти участь у короткому обговоренні (що вірно та що невірно визначила група, яких уточнень потребує відповідь на три поставлені запитання).

10. Обговорення (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися про те, які саме запитання у них виникли або ж здалися складними і потребують уточнення, як би вони розставили акценти у розглянутій темі. Тренер відповідає на запитання учасників.

11. Підбиття підсумків (5 хв.)

У ході підбиття підсумків сесії тренеру необхідно звернути увагу учасників на важливість засвоєння ними клінічних ознак найбільш поширених опортуністичних інфекцій і проведення фізикального обстеження пацієнта по системам й органам з метою їх виявлення.

Контрольні запитання

- Перелічіть найбільш поширені в Україні опортуністичні інфекції у хворих на ВІЛ-інфекцію.
- Перелічіть ураження дихальних шляхів, що найчастіше відмічаються у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.
- Вкажіть особливості перебігу легеневого туберкульозу у ВІЛ-інфікованих хворих.
- Які ураження шлунково-кишкового тракту типові при ВІЛ-інфекції?
- Вкажіть ураження шкіри і слизових оболонок, що найчастіше відмічаються у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.
- Перелічіть ураження нервової системи, що найчастіше відмічаються у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Література

1. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галант. П. Фал – М. : Р. Валент, 2012. – 528 с.
2. ВІЛ-інфекція/СНІД / Москалюк В. Д., Меленко С. Р. – Чернівці : Видавництво Буковинського державного медичного університету, 2012. – 190 с.
3. Гепатит В и ВИЧ-инфекция. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ // WHO, 2011. – 33 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://hivlife.info/files/WHO_Europ_clinical_protocols_7_2012.pdf.
4. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДА, 2013 г. // UNAIDS, 2013. – 296 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr20-13/UNAIDS_Global_Report_2013_ru.pdf.

5. Наказ МОЗ України від 06.09.2006 р. №597 «Про затвердження методичних рекомендацій «Діагностика позалегенового туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД».
6. Наказ МОЗ України від 13.04.2007 р. №182 «Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків».
7. Наказ МОЗ України від 12.07.2010 р. №551 «Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» із змінами відповідно до Наказу МОЗ від 10.09.2010 р. р. №766.
8. Наказ МОЗ України від 31.12.2014 р. №1039 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)».
9. Оцінка виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр. в Україні: зведений звіт/ЮНЕЙДС Україна, 2013. – 79 с.
10. Потрійний діагноз: ВІЛ-інфекція/туберкульоз/наркозалежність (деякі аспекти лікування). Методична збірка. – Миколів, 2010. – 80 с.
11. HIV/AIDS treatment and care in Ukraine 2013 // UNAIDS, 2013. – 26 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194071/Evaluation-report-on-HIV-AIDS-treatment-and-care.pdf.
12. Thomas В. Fitzpatrick «Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology», the 3d ed., 1999.

Ситуаційні задачі до Теми 1.4

ЗАДАЧА 1

Хворий Л., 28 років, звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на нездужання, підвищення температури тіла, головний біль, висипку, неприємні відчуття по ходу міжреберних нервів, свербіж шкіри. Епізоди подібної висипки відмічались у пацієнта 3 рази впродовж останнього року.

При огляді шкіри тулуба відмічаються ерозивно-виразкові дефекти від попередніх епізодів висипу, везикули і наявність лущення. «Заїди» в кутах рота. Пальпуються збільшені пахові та пахові лімфатичні вузли. Язик обкладений білим нальотом. У легенях везикулярне дихання. Тони серця приглушені, ритмічні. Живіт м'який, безболісний. Печінка, селезінка не збільшені. Дизуричних явищ немає. Т – 37,8°C, PS – 90 уд. на хв., задовільного наповнення, АТ – 120/80 мм рт. ст.

Свій ВІЛ-статус не знає.

Запитання

1. Які захворювання необхідно запідозрити у пацієнта?
2. Вкажіть, які додаткові методи обстеження необхідно провести пацієнту?
3. Визначте стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Інформація для тренера до Задачі 1

Відповіді на запитання

1. ВІЛ-інфекція. Оперізувальний лишай.
2. ІФА на ВІЛ, ПЛР VZV, VZV – IgM, VZV – IgG, мікроскопія матеріалу з уражених ділянок.
3. Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія II. Оперізувальний лишай. Ангулярний хейліт.

ЗАДАЧА 2

За медичною допомогою до сімейного лікаря звернулася пацієнтка 28 років. Захворіла два місяці тому зі скаргами на субфебрильну температуру, рецидивуючі висипання на шкірі впродовж 1 місяця, слабкість, зниження апетиту, постійний помірний головний біль, зниження маси тіла на 5 кг.

Епідеміологічний анамнез – статеві зв'язки з непостійними статевими партнерами.

Свій ВІЛ-статус раніше не визначала.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді, везикульозні висипання на геніталіях і шкірі сідниць. Генералізоване збільшення шийних, пахових, пахових лімфатичних вузлів. Т – 37,3°C, PS – 84 уд. на хв., задовільного наповнення, АТ – 120/80 мм рт. ст. Тони серця ясні, ритмічні. У легенях везикулярне дихання, хрипи не вислуховуються. Язик вологий. Живіт м'який, безболісний. Печінка, селезінка не збільшені. ЗАК – без патології.

Запитання

1. Яке захворювання необхідно запідозрити у пацієнта?

2. Вкажіть, які додаткові методи обстеження необхідно провести пацієнту?
3. Визначте стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Інформація для тренера до Задачі 2

Відповіді на запитання

1. ВІЛ-інфекція. Герпетична інфекція.
2. ІФА на ВІЛ, ПЛР HSV ½ типу з крові, мазків-відбитків, HSV – IgM, HSV – IgG.
3. Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Герпетична інфекція (Herpes Simplex genitalis).

ЗАДАЧА 3

Хворий, 29 років, упродовж 6 місяців відзначає підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, профузний нічний піт, втрату маси тіла, збільшення шийних лімфатичних вузлів.

В епідеміологічному анамнезі у хворого плазмозферез з приводу вугревої хвороби. На ВІЛ-інфекцію раніше не тестувався.

Під час огляду виявлена група збільшених передньошийних лімфатичних вузлів, більше справа, діаметром 2–3 см, рухливих, які не спаяні між собою, шкіра над ними не змінена. Висипки немає. Язик вологий. Т – 39°C, PS – 95 уд. на хв., задовільного наповнення, АТ – 120/80 мм рт. ст. Тони серця ясні, ритмічні. У легенях везикулярне дихання, хрипи не вислуховуються. Живіт м'який, безболісний. Печінка, селезінка не збільшені. ЗАК – без патології.

Запитання

1. Яке захворювання необхідно запідозрити у пацієнта?
2. Вкажіть, які додаткові методи обстеження необхідно провести пацієнту?
3. Визначте стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Інформація для тренера до Задачі 3

Відповіді на запитання

1. ВІЛ-інфекція. Захворювання крові (лімфогрануломатоз). Туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів. Дисемінований нетуберкульозний мікобактеріоз. Метастази в лімфатичних вузлах.

2. ІФА на ВІЛ, біопсія лімфовузлів з дослідженням матеріалу методом мікроскопії та посів (виділення культури нетуберкульозних мікобактерій), імуногістохімічне дослідження, рентгенографія та КТ грудної клітки, УЗД черевної порожнини, посів крові на гемокультуру та стерильність.

3. Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Дисемінований нетуберкульозний мікобактеріоз.

ЗАДАЧА 4

Хворий Т., 30 років, звернувся до сімейного лікаря у зв'язку з появою темних плям на шкірі, які почали з'являтися 4 місяці тому.

Об'єктивно: на обличчі, тулубі, кінцівках поодинокі темно-червоні з синюшним відтінком плями розміром від 0,4 до 0,8 см. Деякі елементи виступають над поверхнею шкіри. Подібні утворення є на слизовій рота і нижній губі. Пальпуються збільшені, безболісні шийні, надключичні та пахвові лімфатичні вузли.

T – 36,8°C, PS–70 уд. на хв., задовільного наповнення, АТ – 120/80 мм рт. ст. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Свій ВІЛ-статус не знає.

Запитання

1. Яке захворювання необхідно запідозрити у пацієнта?
2. Вкажіть, які додаткові методи обстеження необхідно провести пацієнту?
3. Визначте стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Інформація для тренера до Задачі 4

Відповіді на запитання

1. ВІЛ-інфекція. Саркома Капоші.
2. ІФА на ВІЛ, біопсія ураженої ділянки шкіри з гістологічним дослідженням.
3. Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Саркома Капоші.

ЗАДАЧА 5

До сімейного лікаря звернувся хворий А., 25 років, зі скаргами на рідкі випорожнення (більше 10 разів на добу), переймоподібні болі в животі, нудоту, блювоту (2–3 рази на добу), лихоманку 37–38°C з ознобом, нездужання, слабкість та втрату ваги на 10 кг за останні півроку.

З анамнезу захворювання вдалося встановити, що впродовж півроку відмічались 5–6 епізодів діареї тривалістю 5–10 днів. Лікувався самостійно, ефект від ліків був тимчасовий. До лікаря звернувся вперше.

З анамнезу життя: до 22 років стан здоров'я був задовільний. В останні 3 роки двічі переніс пневмонію, кандидоз ротової порожнини. Свій ВІЛ-статус не знає.

Об'єктивно: виснажений, блідий, «заїди» в кутах рота, білі нальоти на слизовій м'якого і твердого піднебіння, щік. У легенях дихання везикулярне. T – 38°C, PS – 90 уд. на хв., задовільного наповнення, АТ – 115/80 мм рт. ст. Тони серця приглушені. Живіт м'який, злегка болючий по ходу товстого кишечника, бурчання при пальпації. Симптом Шоткіна-Блюмберга негативний. Випорожнення водянисті, жовтого кольору, без домішок. Гострокінцеві кондиломи аногенітальної області. ЗАК: гемоглобін – 144 г/л, еритроцити – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, кольоровий показник – 0,95, тромбоцити – $189 \cdot 10^9$ /л, лейкоцити – $3,5 \cdot 10^9$ /л, п/7, с/64, лі/22, мон/7, ШОЕ – 22 мм/год.

Запитання

1. Яке захворювання необхідно запідозрити у пацієнта?
2. Вкажіть, які додаткові методи обстеження необхідно провести пацієнту?
3. Визначте стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Інформація для тренера до Задачі 5

Відповіді на запитання

1. ВІЛ-інфекція. Інфекційній гастроентерит.
2. ІФА на ВІЛ, посів на Д-групу, мікроскопія калу на найпростіші, копрограма, посів крові на гемокультуру і стерильність, УЗД черевної порожнини, ФГДС, рентгенографія органів грудної клітки.
3. Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Криптоспоридіоз, кандидоз, гострокінцеві кондиломи аногенітальної зони.

ЗАДАЧА 6

Хворий М., 35 років, звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на слабкість, нездужання, схуднення, кашель з виділенням невеликої кількості мокроти, кровохаркання, біль в грудній клітині, субфебрильну температуру, порушений нічний сон. У травні 2013 р. прибув із Конго. Упродовж 2014 р. лікувався з приводу гострої респіраторної вірусної інфекції, хронічного бронхіту. Проведені курси неспецифічної антибактеріальної і десенсибілізуючої терапії клінічного ефекту не дали.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді. Т – 37,5°C, PS – 85 уд. на хв., задовільного наповнення, АТ – 110/80 мм рт. ст. Тони серця приглушені, ритмічні. У легенях жорстке дихання, поодинокі сухі хрипи. Язик покритий білим нальотом, вологий. Живіт м'який, безболісний. Печінка, селезінка не збільшені. При рентгенологічному дослідженні у прикореневій зоні нижніх відділів легень виявлені хмароподібні тіні різної величини. Раніше тестувався на ВІЛ-інфекцію, зі слів хворого, результат був негативним. Діагноз залишається неясним.

Запитання:

1. Яке захворювання необхідно запідозрити у пацієнта?
2. Вкажіть, які додаткові методи обстеження необхідно провести пацієнту?
3. Визначте стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Інформація для тренера до Задачі 6

Відповіді на запитання

1. ВІЛ-інфекція, бактеріальна пневмонія, туберкульоз, онкологічні захворювання легень, пневмоцистна пневмонія.
2. ІФА на ВІЛ, мікробіологічне дослідження зразка індукованої мокроти або змивів з поверхні бронхів, отриманих при бронхоальвеолярному лаважі, на МБТ та флору, рентгенографія та КТ грудної клітки, УЗД черевної порожнини.
3. ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія ІV. ВДТБ (15.02.2015 р.) легень (інфільтративний), МБТ+, М+, К (в роботі), Р (в роботі), Гіст 0, Кат 1, Ког 1 (2015).

ЗАДАЧА 7

До сімейного лікаря звернувся хворий П., 45 років, зі скаргами на сильний головний біль, лихоманку до 38°C, нудоту, світлобоязнь, схуднення, погіршення зору, підвищену збудливість, слабкість у правій руці. Погіршення самопочуття відмічає протягом останнього місяця.

В епідеміологічному анамнезі – вживання в/в наркотиків, на ВІЛ не обстежувався.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Менінгеальні ознаки позитивні (ригідність м'язів шиї, симптом Керніга). Шкірні покриви бліді. Т – 37,5°C, PS – 86 уд. на хв., задовільного наповнення, АТ – 120/80 мм рт. ст. Язик покритий білим нальотом, вологий. Тони серця приглушені, ритмічні. У легенях жорстке дихання, поодинокі сухі хрипи. Живіт м'який, безболісний. Печінка, селезінка не збільшені.

Запитання

1. Яке захворювання необхідно запідозрити у пацієнта?
2. Вкажіть, які додаткові методи обстеження необхідно провести пацієнту?
3. Визначте стадію ВІЛ-інфекції на підставі клінічних проявів.

Інформація для тренера до Задачі 7

Відповіді на запитання

1. ВІЛ-інфекція, криптококовий менингоенцефаліт, туберкульозний менингіт, пухлина мозку, церебральний токсоплазмоз, вірусний менингіт, інсульт, кандидоз.

2. У даному випадку важливим діагностичним методом є люмбальна пункція з визначенням криптококових антигенів в лікворі/сироватці крові, контрастування мазка спинномозкової рідини тушшю, дослідження на МБТ (ці маніпуляції не входять до компетенції сімейного лікаря). Рентгенографія та КТ грудної клітки, КТ головного мозку.

3. ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Криптококовий менингіт.

РОЗДІЛ 2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА У СФЕРІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ. КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ

ТЕМА 2.1. ЗАКони УКРАЇНИ, НАКАЗИ МОЗ, ІНСТРУКЦІЇ ТА ІНШІ МЕТОДИЧНІ ДОКУМЕНТИ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ ЛІКАРІВ ТА ПАЦІЄНТІВ (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання

1. Надати учасникам інформацію про нормативно-правові акти та зазначені у них вимоги до організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам.
2. Ознайомити учасників із законодавчими актами, які унормовують права ВІЛ-інфікованого пацієнта.
3. Розібрати з учасниками складові лікарської таємниці під час надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам.
4. Знати права та обов'язки ВІЛ-інфікованих.
5. Знати права і обов'язки лікаря, який надає медичну допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - основні нормативно-правові акти у сфері організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам;
 - правила поведінки медичного персоналу щодо дотримання прав ВІЛ-інфікованого пацієнта;
 - особливості застосування унормованих обов'язків ВІЛ-інфікованого пацієнта у сфері протидії ВІЛ-інфекції;
 - обов'язки лікаря у напрямку ефективної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - застосовувати інформацію, що міститься у нормативно-правових актах, у практичній діяльності;
 - відстоювати права лікаря.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Закони України та постанови Кабінету Міністрів України щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу»	15 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 2.1 «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»
2.	Мозковий штурм «Накази МОЗ України, що регулюють організацію медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам ЛЗП/СЛ»	10 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери
3.	Інформаційне повідомлення «Накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 2.1 «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»
4.	Мозковий штурм «Права та обов'язки ВІЛ-інфікованого пацієнта»	10 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери
5.	Інформаційне повідомлення «Права та обов'язки ВІЛ-інфікованого пацієнта»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 2.1 «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»
6.	Вправа «Права пацієнта»	15 хв.	Фліпчарт або дошка, маркери, папір для фліпчарту, скотч, Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (за кількістю учасників)
7.	Інформаційне повідомлення «Нормативне визначення дотримання прав та обов'язків лікарів»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 2.1 «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»
8.	Обговорення прав та обов'язків лікарів у сфері організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим	5 хв.	-
9.	Підбиття підсумків	5 хв.	-

1. Інформаційне повідомлення «Законодавство України та постанови Кабінету Міністрів України щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу» (15 хв.)

В Україні сьогодні ВІЛ-інфекція розглядається як надзвичайно актуальна проблема здоров'я суспільства, зважаючи на високі темпи поширення цього захворювання. Держава приділяє значну увагу законодавчому забезпеченню профілактики ВІЛ-інфекції. Подолання епідемії ВІЛ-інфекції є одним із пріоритетних завдань у сфері охорони здоров'я населення України. Державна політика щодо ВІЛ-інфекції спрямована на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед населення, захист і забезпечення прав людей, які живуть з ВІЛ, надання медичної допомоги й соціального захисту цієї категорії населення.



Слайд №2 презентації «Законодавство України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Законодавство України у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, базується на Конституції України і наступних Законах України: «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

ЗАКОНИ УКРАЇНИ

Законодавство України у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, базується на наступних законах України:

- Конституція України.
- Основи законодавства України про охорону здоров'я.
- Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.
- Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз.
- Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ.

Слайд №3 презентації «Законодавство України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Основним законом, який регулює правові засади у сфері ВІЛ-інфекції, є Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ». Цей закон у відповідності до норм міжнародного права визначає порядок правового регулювання діяльності у сфері профілактики, лікування, догляду і підтримки, необхідних для забезпечення ефективної протидії поширенню хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини, та відповідні заходи щодо правового і соціального захисту ЛЖВ через:

- державні гарантії у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ;
- затвердження принципів державної політики у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ;
- визначення повноважень органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій щодо здійснення заходів із запобігання захворюванню на ВІЛ-інфекцію;
- визначення права особи на тестування з метою виявлення ВІЛ, умови та порядок його проведення з особливостями повідомлення про результати тестування з метою виявлення ВІЛ та післятестове консультування ВІЛ-інфікованих осіб;
- актуалізацію лабораторного дослідження донорської крові та її компонентів;
- визначення порядку реєстрації та обліку ЛЖВ і здійснення медичного нагляду за ними;
- організацію медичної допомоги ЛЖВ;
- визначення обов'язків та прав ЛЖВ і захист інформації про позитивний ВІЛ-статус людини від розголошення та розкриття третім особам.

Для лікарів загальної практики (далі по тексті – ЛЗП) та сімейних лікарів (далі по тексті – СЛ) важливо пам'ятати і надавати інформацію пацієнтам, що вищезазначеним законом держава гарантує забезпечення вільного доступу до послуг з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від ВІЛ-інфікованих вагітних жінок їхнім новонародженим дітям (п. 11 ст. 4).

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (1)

Визначає порядок правового регулювання діяльності у сфері профілактики, лікування, догляду і підтримки, необхідних для забезпечення ефективної протидії поширенню хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини, та відповідні заходи щодо правового і соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ, а саме:

- державні гарантії у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ;
- принципи державної політики у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ;
- повноваження органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій щодо здійснення заходів із запобігання захворюванню на ВІЛ-інфекцію;
- право особи на тестування з метою виявлення ВІЛ, умови та порядок його проведення та порядок повідомлення про результати тестування;
- реєстрація та облік людей, які живуть з ВІЛ, здійснення медичного нагляду за ними;
- медична допомога людям, які живуть з ВІЛ;
- обов'язки людей, які живуть з ВІЛ;
- право людей, які живуть з ВІЛ, на інформацію;
- захист інформації про позитивний ВІЛ-статус людини від розголошення та розкриття третім особам.

Слайд №4 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (2)

Держава гарантує забезпечення вільного доступу до послуг з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від ВІЛ-інфікованих вагітних жінок їхнім новонародженим дітям

(п. 11 ст. 4)

Слайд №5 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

У цьому законі визначені нові терміни для трактування ситуацій, що виникають у сфері медичної допомоги при ВІЛ-інфекції.

ЛЗП/СЛ має чітко орієнтуватися, що ВІЛ – вірус імунодефіциту людини – зумовлює захворювання на ВІЛ-інфекцію. Необхідно пояснити, що передається саме ВІЛ, а не ВІЛ-інфекція, яка виникає у особи, в організмі якої виявлено ВІЛ, але яка перебуває у стані безсимптомного носійства ВІЛ.

Не менш важливим питанням є правильне трактування твердження «ВІЛ-статус особи», що означає стан організму особи стосовно відсутності чи наявності в ньому ВІЛ: негативний ВІЛ-статус особи характеризується відсутністю в її організмі ВІЛ, позитивний ВІЛ-статус особи характеризується наявністю в її організмі ВІЛ, а особа, яка страждає на хворобу, зумовлену ВІЛ – це особа, в якій за результатами медичного і лабораторного обстеження виявлено СНІД чи інші встановлені Міжнародною класифікацією хвороб клінічні прояви хвороби, зумовленої ВІЛ.

Визначення термінів ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини, що зумовлює захворювання на ВІЛ-інфекцію

ВІЛ-інфікована особа – особа, в організмі якої виявлено ВІЛ, але яка перебуває у стані безсимптомного носійства ВІЛ

ВІЛ-статус особи – стан організму особи стосовно відсутності чи наявності в ньому ВІЛ: негативний ВІЛ-статус особи характеризується відсутністю в її організмі ВІЛ; позитивний ВІЛ-статус особи характеризується наявністю в її організмі ВІЛ

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) – стадія розвитку хвороби, зумовленої ВІЛ (ВІЛ-інфекція), що характеризується клінічними проявами, спричиненими глибоким ураженням імунної системи людини під впливом ВІЛ

Слайд №6 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Особливо важливо пояснити, що СНІД на сьогодні є однією (останньою) із стадій розвитку ВІЛ-інфекції, а не окремим захворюванням. На сьогодні є неправильним трактувати «захворювання на «ВІЛ/СНІД», що підтверджується наступним визначенням у законі: синдром набутого імунodefіциту (СНІД) – стадія розвитку хвороби, зумовленої ВІЛ, що характеризується клінічними проявами, спричиненими глибоким ураженням імунної системи людини під впливом ВІЛ.

У сучасній Україні програмно-цільовий метод (ПЦМ) державного управління охорони здоров'я населення розглядається як соціально-економічна необхідність. Функціональне призначення ПЦМ державного управління визначено у ст. 119 Конституції України. У ній, зокрема, зазначається, що місцеві державні адміністрації на відповідній території забезпечують виконання державних і регіональних програм соціально-економічного та культурного розвитку, підготовку та виконання відповідних обласних і регіональних бюджетів. Україна сьогодні перебуває в умовах обмеженості інвестиційних ресурсів, тому фінансування галузі охорони здоров'я є недостатнім. ПЦМ застосовується для вирішення нагальних проблем здоров'я населення в умовах економічної кризи через виділення коштів з державного бюджету на конкретні цілі. Реалізація цільових програм відбувається методом адресності ресурсів.

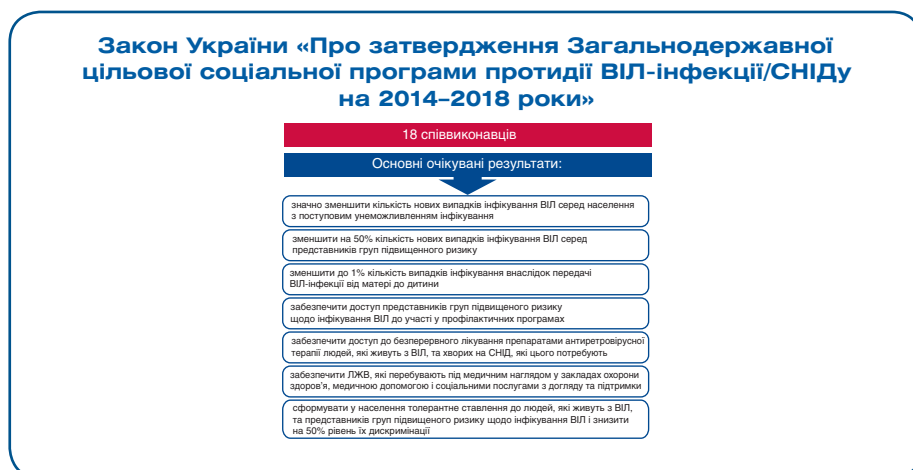
Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» від 20.10.2014 №1708-VII є програмним документом у вирішенні проблем ВІЛ-інфікованих людей.

Метою Програми є зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, у рамках реформування системи охорони здоров'я.

Програмою визначені такі очікувані результати ефективності:

- значно зменшити кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед населення з поступовим унеможливленням інфікування;
- зменшити на 50% ризик інфікування ВІЛ медичних працівників під час надання медичної допомоги пацієнтам;
- зменшити на 50% кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику;
- зменшити до 1% кількість випадків інфікування внаслідок передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- забезпечити доступ представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до участі у профілактичних програмах;
- охопити 100% учнів і студентів під час виконання програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя;
- забезпечити ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я, медичною допомогою і соціальними послугами з догляду та підтримки;
- забезпечити доступ до безперервного лікування препаратами АРТ ЛЖВ та хворих на СНІД, які цього потребують;
- зменшити на 50% смертність від ТБ серед хворих з поєднаною інфекцією ВІЛ/ТБ;
- залучити до постійної участі у програмах замісної підтримувальної терапії не менш як 35% споживачів опіоїдних ін'єкційних наркотиків, які цього потребують, а також до участі у програмах їх реабілітації;
- сформувати у населення толерантне ставлення до ЛЖВ та представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ і знизити на 50% рівень їх дискримінації.

Виконавці заходів Програми – Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство молоді та спорту України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство оборони України, Державний комітет телебачення і радіомовлення України, Державна пенітенціарна служба України, Державна служба з надзвичайних ситуацій України, Державна санітарно-епідеміологічна служба України, ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», Національна академія медичних наук України, Національна рада України з питань телебачення і радіомовлення, Спільний представницький орган сторони роботодавців на національному рівні, Спільний представницький орган репрезентативних всеукраїнських об'єднань профспілок на національному рівні, Рада Міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації, Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (за згодою), Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» (за згодою), громадські об'єднання (за згодою).



Слайд №7 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Як видно, роль СЛ у досягненні очікуваних результатів є значною і важливою.

Постанови Кабінету Міністрів України щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІД

Важливими регуляторними документами КМУ щодо вирішення проблем ВІЛ-інфекції в Україні є такі:

- Постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.1998 р. №2026, яка визначає порядок акредитації лабораторій діагностики СНІД;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 12.09.2012 р. №852 «Про розмір щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ», яка визначає щомісячну державну допомогу в розмірі десяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;

- Постанова Кабінету Міністрів України від 27.08.2014 р. №389 «Про затвердження норм харчування для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей», яка затверджує норми харчування для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей і норми заміни харчових продуктів за енергетичною цінністю.



Слайд №8 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

2. Мозковий штурм «Накази МОЗ України, що регулюють організацію медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам ЛЗП/СЛ?» (10 хв.)

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Які накази МОЗ України, що регулюють організацію медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам ЛЗП/СЛ, ви знаєте?». Учасники називають, а тренер фіксує вірні запропоновані варіанти на фліпчарті. Мозковий штурм дасть можливість тренеру зрозуміти рівень обізнаності аудиторії щодо нормативно-правового забезпечення організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам ЛЗП/СЛ.

Після мозкового штурму тренер переходить до інформаційного повідомлення, у ході якого апелює до напрацьованого учасниками матеріалу.

До уваги тренера!

У ході проведення мозкового штурму та підбиття його підсумків тренер наголошує, що учасники повинні орієнтуватися у нормативному просторі щодо організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, що, безперечно, впливає на якість медичної допомоги й попереджує конфліктні ситуації різного характеру. Учасники мають розуміти, що достатня якість їх діяльності сприятиме подоланню епідемії ВІЛ-інфекції, їх професійній задоволеності, а також правовій захищеності.

3. Інформаційне повідомлення «Накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу» (10 хв.)

Для ефективної діяльності СЛ є необхідним дотримання вимог нормативних галузевих документів у сфері протидії ВІЛ-інфекції в Україні. Загальні питання організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим визначені такими наказами МОЗ України.

- **Наказ МОЗ України від 11.05.2010 р. №388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції»** визначає перелік захворювань, симптомів і синдромів, при яких пацієнту пропонуються послуги з добровільного консультування і тестування в закладах охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості та рівнів надання медичної допомоги, а також форму звітності №3-ВІЛ/СНІД (квартальна) «Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію».



Слайд №9 презентації «Законодавство України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

- **Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. №726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах»**, зареєстрований Мін'юстом за №68/20381 від 19.01.2012 регулює стаціонарну медичну допомогу ВІЛ-інфікованим вагітним.
- **Наказ МОЗ України від 05.11.2013 р. №955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків»** регламентує забезпечення підрозділів закладів охорони здоров'я засобами індивідуального захисту працівників, які проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надають медичну допомогу і соціальні послуги людям, які живуть з ВІЛ, або контактують з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, а також регулює проведення невідкладної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків.
- **Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»** затверджує стандарти проведення до- і післятестового консультування для визначених груп населення.

- **Наказ МОЗ України від 22.05.2013 р. №410 «Про затвердження форм облікової документації та звітності стосовно реєстрації випадків контакту осіб з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами, проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення»** унормовує порядок реєстрації аварій у медичній практиці.



Слайд №10 презентації «Законодавство України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

- **Наказ МОЗ України від 05.03.2013 р. №180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення»** затверджує статистичні форми, що містять результати тестування на ВІЛ-інфекцію, зокрема, форму первинної облікової документації №502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи №___».
- **Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. №612 «Про затвердження форм первинної облікової документації та звітності з питань моніторингу заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, інструкцій щодо їх заповнення»** затверджує статистичні форми, що дозволяють здійснювати моніторинг ефективності заходів з ППМД.
- **Наказ МОЗ України від 21.12.2010 р. №1141 «Порядок проведення тестування на ВІЛ та забезпечення якості досліджень»** затверджує порядок забору крові й тестування на ВІЛ-інфекцію.
- **Наказ МОЗ України від 21.07.2014 р. №509 «Про затвердження Змін до Типового положення про кабінет «Довіра»** затверджує функції кабінету «Довіра».
- **Спільний 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 р. №740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»** визначає

питання профілактики ВІЛ-інфекції у жінок, профілактики небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок, організаційні питання ППМД та соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей.

- **Наказ МОЗ України від 10.07.2013 р. №585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ»** затверджує порядок встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції.



Слайд №11 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу.
Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

4. Мозковий штурм «Права та обов'язки ВІЛ-інфікованого пацієнта» (10 хв.)

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Яким чином ви можете розподілити права та обов'язки ВІЛ-інфікованого пацієнта?». Учасники називають, а викладач фіксує всі їхні вислови у два стовпчики: окремо «права» й окремо «обов'язки». Мозковий штурм дасть можливість тренеру зрозуміти рівень обізнаності та установок аудиторії щодо прав і обов'язків ВІЛ-інфікованого пацієнта.

Після мозкового штурму тренер переходить до інформаційного повідомлення, у ході якого апелює до напрацьованого учасниками матеріалу.

До уваги тренера!

Важливо, щоб учасники сконцентрували свої знання на особливостях прав і обов'язків ВІЛ-інфікованих пацієнтів, пов'язаних з проявами стигми та дискримінації в суспільстві щодо ВІЛ-інфекції, в тому числі медичній сфері, а також пов'язаних з відповідальністю щодо способу життя, що в результаті сприятиме покращенню організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам і профілактиці подальшого поширення ВІЛ-інфекції.

5. Інформаційне повідомлення «Права та обов'язки ВІЛ-інфікованого пацієнта» (10 хв.)

Загальні права та обов'язки пацієнтів

Права ВІЛ-інфікованих осіб визначені як у законах загального характеру, так і в законодавчих актах, які регулюють правові відносини, пов'язані з ВІЛ-інфекцією. Доступність до якісної медичної допомоги регламентує Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

Цивільним кодексом України закріплено право на життя (ст. 281), право на охорону здоров'я (ст. 283), право на медичну допомогу (ст. 284), право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285).

ПРАВА ПАЦІЄНТА

Цивільний кодекс

право на життя (ст. 281);
право на охорону здоров'я (ст. 283);
право на медичну допомогу (ст. 284);
право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285).

Слайд №12 презентації «Законодавство України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Законом України «Основи законодавства про охорону здоров'я» (ст. 34) унормовано право пацієнта на вибір лікуючого лікаря, а саме – лікуючий лікар обирається пацієнтом або призначається йому в установленому цим законом порядку. Пацієнт вправі вимагати заміни лікаря.

ПРАВА ПАЦІЄНТА



Слайд №13 презентації «Законодавство України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Окремим питанням прав ВІЛ-інфікованих пацієнтів є отримання кваліфікованої медичної допомоги у відповідності до віку. На сьогодні Цивільний кодекс України (ч. 3 ст. 284) чітко визначає, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла 14 років, проводиться за її згодою. Особам, які не досягли 14 років, медична допомога надається за згодою законних представників. Це стосується також і послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції. Проте, необхідно чітко знати, що батьки дитини віком від 14 до 18 років мають право бути поінформованими про стан її здоров'я (ст. 285).



Слайд №14 презентації «Законои України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Право на таємницю про стан здоров'я у суспільному житті громадянина, що є важливим для ВІЛ-інфікованих пацієнтів, регулюється декількома законодавчими актами.

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (ст. 13), визначає, що відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особі ВІЛ-інфекції є конфіденційними і становлять лікарську таємницю.

Медичні працівники зобов'язані вживати необхідних заходів для забезпечення належного зберігання конфіденційної інформації про людей, які живуть з ВІЛ, та захисту такої інформації від розголошення й розкриття третім особам.

Цивільний кодекс України (ст. 286) трактує, що фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні; забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз і методи лікування фізичної особи; фізична особа зобов'язана утримуватись від поширення інформації, зазначеної у частині першій цієї статті, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел.

Цивільним кодексом України регулюється також право громадянина України на особисте життя та його таємницю (ст. 301): фізична особа має право на збереження у таємниці обставин свого особистого життя, які можуть бути розголошені іншими особами лише за умови, що вони містять ознаки правопорушення, що підтверджено рішенням суду.

Не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків, передбачених Законом України «Про інформацію» (п. 2 ст. 11), а саме: не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та захисту прав людини. До конфіденційної інформації про фізичну особу належать, зокрема, дані про її національність, освіту, сімейний стан, релігійні переконання, стан здоров'я, а також адреса, дата і місце народження.

Важливо пам'ятати, що конфіденційна інформація належить до публічної інформації з обмеженим доступом, як визначає ст. 6 Закону України «Про доступ до публічної інформації».

Права та обов'язки ВІЛ-інфікованих пацієнтів

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» визначає такі права й обов'язки ЛЖВ.

1. ЛЖВ мають право на участь у допоміжних репродуктивних технологіях за умови запобігання передачі ВІЛ-інфекції від батьків майбутній дитині (ст. 10).

2. Право ЛЖВ на інформацію. Захист інформації про позитивний ВІЛ-статус людини від розголошення та розкриття третім особам (ст. 13):

- усі ЛЖВ мають право на безперешкодне ознайомлення з інформацією про стан свого здоров'я, що зберігається в закладах охорони здоров'я;
- усі ЛЖВ мають право бути поінформованими про послуги із забезпечення необхідної їм психологічної, соціальної та правової підтримки і за бажанням одержати таку підтримку в спосіб, що не зумовить розкриття їх ВІЛ-статусу;
- відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особі ВІЛ-інфекції є конфіденційними та становлять лікарську таємницю; медичні працівники зобов'язані вживати необхідних заходів для забезпечення належного зберігання конфіденційної інформації про ЛЖВ та захисту такої інформації від розголошення та розкриття третім особам.

3. Рівність перед законом та заборона дискримінації ЛЖВ та осіб, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (ст. 14):

- ЛЖВ й особи, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ – громадяни України, іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають в Україні, особи, які звернулися за наданням статусу біженця та яким надано статус біженця в Україні, шукачі притулку, іноземці та особи без громадянства, які на законних підставах тимчасово перебувають на території України, користуються всіма правами і свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України;
- держава гарантує надання всім ЛЖВ й особам, які належать до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, рівних з іншими громадянами можливостей для реалізації їхніх прав, зокрема в частині можливості адміністративного і судового захисту своїх прав;
- дискримінація особи на підставі наявності в неї ВІЛ-інфекції, а також належності людини до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, забороняється; дискримінацією вважається дія або бездіяльність, що у прямий чи непрямої спосіб створює обмеження, позбавляє належних прав особу або принижує її людську гідність на підставі однієї чи кількох ознак, пов'язаних з фактичною чи можливою наявністю в неї ВІЛ, або дає підстави віднести особу до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ.

4. Інші права ЛЖВ (ст. 15):

- крім загальних прав і свобод людини і громадянина, ЛЖВ мають також право на:
 - відшкодування шкоди, пов'язаної з обмеженням їхніх прав унаслідок розголошення чи розкриття інформації про їх позитивний ВІЛ-статус;
 - безоплатне забезпечення антиретровірусними препаратами та лікарськими засобами для лікування опортуністичних інфекцій у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я;
- ВІЛ-інфіковані беруть участь у пов'язаних з ВІЛ-інфекцією наукових дослідженнях, випробуваннях відповідних медичних засобів і методів, навчальному процесі, фотографуванні, відео- та кінозйомці тільки за їх письмовою згодою.

Права ВІЛ-інфікованих пацієнтів

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»

Люди, які живуть з ВІЛ, мають право на участь у допоміжних репродуктивних технологіях за умови запобігання передачі ВІЛ-інфекції від батьків майбутній дитині (ст. 10)

Право людей, які живуть з ВІЛ, на інформацію. Захист інформації про позитивний ВІЛ-статус людини від розголошення та розкриття третім особам (ст. 13)

Рівність перед законом та заборона дискримінації людей, які живуть з ВІЛ, та осіб, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (ст. 14)

Крім загальних прав і свобод людини і громадянина, люди, які живуть з ВІЛ, мають також право на:

відшкодування шкоди, пов'язаної з обмеженням їхніх прав унаслідок розголошення чи розкриття інформації про їх позитивний ВІЛ-статус	безоплатне забезпечення АРВ препаратами та лікувальними засобами для лікування опортуністичних інфекцій	ВІЛ-інфіковані беруть участь у пов'язаних з ВІЛ-інфекцією наукових дослідженнях, випробуваннях відповідних медичних засобів і методів, навчальному процесі, фотографуванні, відео- та кінозйомці тільки за їх письмовою згодою
---	---	--

Слайд №15 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Окрім широких прав ВІЛ-інфікованих пацієнтів, вітчизняне законодавство визначає для них обов'язки щодо, перш за все, профілактики поширення ВІЛ-інфекції.

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (ст. 12) визначає, що всі ЛЖВ зобов'язані:

1) вживати заходів для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, запропонованих органами охорони здоров'я;

2) повідомляти осіб, які були їхніми партнерами до виявлення факту інфікування, про можливість їх зараження;

3) відмовитися від донорства крові, її компонентів, інших біологічних рідин, клітин, органів і тканин для їх використання у медичній практиці.

У разі невиконання обов'язків, визначених у частині першій цієї статті, ЛЖВ з числа іноземців, а також осіб без громадянства, які своєю поведінкою створюють загрозу здоров'ю, захисту прав і законних інтересів громадян України, можуть бути депортовані за межі України в порядку, встановленому законом.

Обов'язки ВІЛ-інфікованого пацієнта

Люди, які живуть з ВІЛ, зобов'язані:

- 1) вживати заходів для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, запропонованих органами охорони здоров'я;
- 2) повідомляти осіб, які були їхніми партнерами до виявлення факту інфікування, про можливість їх зараження;
- 3) відмовитися від донорства крові, її компонентів, інших біологічних рідин, клітин, органів і тканин для їх використання у медичній практиці.

У разі невиконання обов'язків, визначених у частині першій цієї статті, люди, які живуть з ВІЛ, з числа іноземців, а також осіб без громадянства, які своєю поведінкою створюють загрозу здоров'ю, захисту прав і законних інтересів громадян України, можуть бути депортовані за межі України в порядку, встановленому законом

Слайд №16 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

До уваги тренера!

Дуже важливо акцентувати увагу на тому, що ВІЛ-інфікована людина не зобов'язана розкривати свій статус медичному працівнику.

6. Вправа «Права пацієнта» (15 хв.)

Перед початком вправи тренер наголошує про наступне.

У 1991 р. Україна першою серед країн СНД ухвалила закон «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення». Варто зауважити, що закон неодноразово зазнавав змін і доповнень (1998 р., 2001 р., 2009 р., 2010 р. та 2012 р.).

У грудні 2010 р. закон було суттєво змінено, в тому числі назву, і тепер він називається «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

Проте номер закону (№1972-ХІІ) залишається без змін, і він є основним документом у гарантуванні прав людей, які живуть з ВІЛ, забезпеченні принципів конфіденційності, поваги до прав і свобод, визначених законами України та міжнародними угодами.

Для виконання цього закону прийнято низку підзаконних актів, які регулюють механізм застосування його норм на практиці. Низка нормативно-правових

актів, зокрема Кримінальний кодекс України, визначають відповідальність за порушення прав людей, які живуть з ВІЛ.

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Хто із присутніх ознайомлений зі змістом даного закону? На жаль, мало хто з медичних працівників знає цей закон, а тому часто відбуваються порушення окремих його частин. Проте, незнання, як відомо, не звільняє від відповідальності. Зараз у нас є нагода ознайомитись із законом детально».

Тренер роздає всім учасникам текст вказаного закону й об'єднує учасників у малі групи так, щоб їх утворилося 4.

Завдання для груп

Кожна група отримує номер розділу закону №1972-XII, який вона має вивчити й виділити декілька найголовніших пунктів, які вона вважає основними у цьому розділі. Це мають бути ті пункти, які, на думку учасників групи, вкрай важливо знати лікарю будь-якого ЗОЗ, і які найчастіше порушуються. У кожного учасника є шанс зараз убезпечити ваших колег від порушень прав пацієнтів, зокрема ЛЖВ.

Тренер розподіляє за групами номери розділів закону №1972-XII, які вони мають опрацювати протягом 10 хвилин: 1 група – I розділ, 2 група – II розділ, 3 група – III розділ, 4 група – IV та V розділ (вони невеликі за обсягом).

Тренер наголошує на етапах вправи:

1. Індивідуальне вивчення розділу закону №1972-XII, в залежності від номеру групи.
2. Обговорення в малих групах і визначення ключових пунктів (до 5).
3. Обрання спікера від групи, який представлятиме витяги з розділу й надаватиме пояснення, чому саме ці пункти були обрані як найважливіші.
4. Представлення напрацювань груп кожним спікером за хронологією розділів закону.
5. Загальне обговорення вправи в колі.

До уваги тренера!

Важливо, щоб у ході презентацій від груп тренер пропонував учасникам наводити приклади з практики. Важливо, щоб на прикладах порушення прав ЛЖВ і після вивчення даного закону, учасники підвищили рівень своєї поінформованості, усвідомили зміст закону, й уникали в подальшому подібних порушень, розуміючи власну відповідальність.

У разі, якщо часу обмаль, можна не об'єднувати учасників у групи, а по черзі розподілити розділи закону між усіма учасниками, розрахунком на 1-4. Тоді, після індивідуального вивчення розділу, номер якого випав учаснику, пропонувати бажаним висловитися щодо кожного з 4-х розділів у контексті того, про що нове дізнались учасники, і що саме до цього робили не вірно.

Таким чином, є економія часу за рахунок відсутності обговорень у міні-групах, але рівень активності учасників буде нижчим, ніж при проведенні вправи за попередньою схемою.

7. Інформаційне повідомлення «Нормативне визначення до-тримання прав та обов'язків лікарів» (10 хв.)

Загальні права та обов'язки лікарів

Загальні права лікаря визначені у ст. 77 «Професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників» Основ законодавства про охорону здоров'я. Медичні і фармацевтичні працівники мають право на:

- заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації;
- належні умови професійної діяльності;
- підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах;
- вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики;
- безоплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків;
- обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;
- соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;
- встановлення у державних закладах охорони здоров'я посадових окладів (тарифних ставок) на основі Єдиної тарифної сітки;
- скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством;
- пільгові умови пенсійного забезпечення;
- пільгове надання житла та забезпечення телефоном;

ЗАГАЛЬНІ ПРАВА ЛІКАРЯ (1)

Основи законодавства про охорону здоров'я (ст. 77)

вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики

належні умови професійної діяльності

заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації

підвищення кваліфікації, перепідготовка не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах

безоплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків

обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків

соціальна допомога з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків

встановлення у державних закладах охорони здоров'я посадових окладів (тарифних ставок) на основі Єдиної тарифної сітки

Слайд №17 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

- першочергове одержання медичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами;
- судовий захист професійної честі та гідності;
- безоплатне одержання у власність земельної ділянки....;
- безкоштовне паркування транспортних засобів у спеціально відведених для цього місцях;
- ...лікарі загальної практики (сімейні лікарі) та... за безперервну роботу мають право на додаткову оплачувану щорічну відпустку тривалістю три календарних дні (Лист Міністерства соціальної політики від 22.01.2015 р. №649/0/14-15/13 «Про додаткову відпустку за безперервну роботу медичним працівникам»).

ЗАГАЛЬНІ ПРАВА ЛІКАРЯ (2)

Основи законодавства про охорону здоров'я (ст. 77)

скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством;

пільгові умови пенсійного забезпечення;

пільгове надання житла та забезпечення телефоном;

першочергове одержання медичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами;

судовий захист професійної честі та гідності

безоплатне одержання у власність земельної ділянки...;

безкоштовне паркування транспортних засобів у спеціально відведених для цього місцях.

Лист Мінісоцполітики від 22.01.2015 р. №649/0/14-15/13 «Про додаткову відпустку за безперервну роботу медичним працівникам» визначає:
...лікарі загальної практики (сімейні лікарі) та... за безперервну роботу мають право на додаткову оплачувану щорічну відпустку тривалістю три календарних дні...

Слайд №18 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Стаття 34 «Лікуючий лікар» Основ законодавства про охорону здоров'я визначає як права, так і обов'язки лікуючого лікаря.

Лікуючий лікар – лікар закладу охорони здоров'я або лікар, який провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець і який надає медичну допомогу пацієнту в період його обстеження та лікування.

Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта.

Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення.

Право лікуючого лікаря визначається тим, що лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму.

Нормативи навантаження лікуючих лікарів затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Обов'язки та права лікаря

Основи законодавства про охорону здоров'я (ст. 34)

Обов'язки

своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта

Права

лікар може відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення; лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму; нормативи навантаження лікуючих лікарів затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Слайд №19 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Медичні і фармацевтичні працівники зобов'язані (ст. 78 Основ законодавства про охорону здоров'я):

- безоплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;
- поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя;
- дотримуватися вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю;
- постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;
- надавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я.

Обов'язки медичних працівників

Основи законодавства про охорону здоров'я (ст. 78):

безоплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях

поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя

дотримуватися вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю

постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності

надавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я

Слайд №20 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Права та обов'язки лікаря у сфері надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам

До обов'язків ЛЗП/СЛ належить здійснення захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків (ст. 20 ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»).

Захист від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків (1) **(ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» ст. 20)**

Власники або уповноважені ними органи управління організацій, персонал яких проводить діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надає медичну допомогу та соціальні послуги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД або контактує з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами, зобов'язані забезпечити працівників необхідними засобами індивідуального захисту згідно з переліком та нормативами, встановленими спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я, а також організувати проведення відповідного інструктажу таких працівників щодо використання відповідних засобів індивідуального захисту

Слайд №21 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Власники або уповноважені ними органи управління організацій, персонал яких проводить діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надає медичну допомогу й соціальні послуги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД або контактує з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами, зобов'язані забезпечити працівників необхідними засобами індивідуального захисту згідно з переліком та нормативами, встановленими спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я, а також організувати проведення відповідного інструктажу таких працівників щодо використання відповідних засобів індивідуального захисту.

Захист від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків (2) **(ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» ст. 20)**

Власники або уповноважені ними органи управління організацій, персонал яких виконує роботи, зобов'язані забезпечити створення умов для проведення екстреної постконтактної профілактики працівникам, які під час виконання зазначених робіт отримали пошкодження шкірного покриву чи слизової оболонки унаслідок фізичного контакту із забрудненими кров'ю чи біологічними матеріалами людини інструментами, обладнанням чи іншими предметами або зазнали безпосереднього відкритого фізичного контакту з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, та умови для проходження такими працівниками за їх бажанням тестування.

Слайд №22 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Особливості оплати праці, надання відпусток та пенсійного забезпечення окремих категорій працівників, які мають підвищений ризик інфікування ВІЛ (ст. 21 ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ») визначені таким чином, що працівникам, зайнятим у сфері надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, лабораторною діагностикою ВІЛ-інфекції, проведенням наукових досліджень з використанням інфікованого матеріалу, виробництвом біологічних препаратів для діагностики, лікування та профілактики ВІЛ-інфекції, встановлюється доплата до заробітної плати, надається право на пенсію за віком на пільгових умовах та щорічна додаткова відпустка в порядку, встановленому законодавством.

Особливості оплати праці, надання відпусток та пенсійного забезпечення

ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (ст. 21)

Працівникам зайнятим у сфері надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим встановлюється доплата до заробітної плати, надається право на пенсію за віком на пільгових умовах та щорічну додаткову відпустку в порядку, встановленому законодавством

Слайд №23 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Право на таємницю про стан здоров'я визначене ст. 286 Цивільного кодексу України.

1. Фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні.

2. Забороняється вимагати й подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи.

3. Фізична особа зобов'язана утримуватися від поширення інформації, зазначеної у частині першій ст. 286 ЦКУ, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел.

4. Фізична особа може бути зобов'язана до проходження медичного огляду в випадках, встановлених законодавством.

Окремо необхідно зазначити, що держава, у визначених законодавством випадках, зобов'язує проходити громадян України медичні огляди. Це стосується деяких категорій населення щодо проходження медичних оглядів.

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, Законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та «Про захист населення від інфекційних хвороб» встановлено, що з метою охорони здоров'я населення організуються профілактичні медичні огляди: неповнолітніх, вагітних жінок, працівників підприємств харчової промисловості, громадського харчування і торгівлі, водопровідних споруд, лікувально-профілактич-

них, дошкільних і навчально-виховних закладів, об'єктів комунально-побутового обслуговування, інших підприємств, установ, організацій, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може спричинити поширення інфекційних захворювань, виникнення харчових отруєнь, а також працівників, зайнятих на важких роботах і на роботах із шкідливими або небезпечними умовами праці, військовослужбовців. Обов'язкові щорічні медичні огляди проходять також особи віком до 21 року.

**Право на таємницю про стан здоров'я
Цивільний кодекс України (ст. 286)**

<p>Фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні</p>	<p>Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи</p>	<p>Фізична особа зобов'язана утримуватися від поширення інформації, зазначеної у частині першій ст. 286 ЦКУ, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел</p>	<p>Фізична особа може бути зобов'язана до проходження медичного огляду у випадках, встановлених законодавством</p>
--	---	---	--

Слайд №24 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Працівники, які без поважних причин не пройшли у встановлений термін обов'язковий медичний огляд у повному обсязі, від роботи відсторонюються і можуть бути притягнуті до дисциплінарної відповідальності.

Обов'язкові медичні огляди

<p>Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, Законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та «Про захист населення від інфекційних хвороб»</p>	
<p>працівники, які без поважних причин не пройшли у встановлений термін обов'язковий медичний огляд у повному обсязі, від роботи відсторонюються і можуть бути притягнуті до дисциплінарної відповідальності:</p>	<p>неповнолітні; вагітні жінки; працівники підприємств харчової промисловості, громадського харчування і торгівлі, водопровідних споруд, лікувально-профілактичних, дошкільних і навчально-виховних закладів, об'єктів комунально-побутового обслуговування, інших підприємств, установ, організацій, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може спричинити поширення інфекційних захворювань, виникнення харчових отруєнь; працівники, зайняті на важких роботах і на роботах із шкідливими або небезпечними умовами праці; військовослужбовці; особи віком до 21 року.</p>

Слайд №25 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

На виконання ст. 31 Основ законодавства України про охорону здоров'я Постановою Кабінету Міністрів України від 05.08.1994 р. №532 затверджено перелік категорій населення, які проходять обов'язкові медичні огляди.

До таких осіб належать:

- діти віком до 1 року;
- діти віком від 2 до 14 років;
- підлітки віком 15–17 років;
- учні системи профтехосвіти, студенти вищих навчальних закладів;
- ветерани війни; особи, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною;
- ветерани праці; особи, які мають особливі трудові заслуги перед Батьківщиною;
- особи, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

На виконання ст. 21 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» Постановою Кабінету Міністрів України від 23.05.2001 р. №559 затверджено Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам та Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів та видачі особистих медичних книжок.

Категорії населення, які проходять обов'язкові медичні огляди:

- діти віком до 1 року;
- діти віком від 2 до 14 років;
- підлітки віком 15–17 років;
- учні системи профтехосвіти, студенти вищих навчальних закладів;
- ветерани війни; особи, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною;
- ветерани праці; особи, які мають особливі трудові заслуги перед Батьківщиною;
- особи, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.

На виконання ст. 21 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» Постановою КМУ від 23.05.2001 р. № 559 затверджено Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам та Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів та видачі особистих медичних книжок.

Працівники зазначених організацій зобов'язані проходити медичні огляди відповідно до Порядку проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів та видачі особистих медичних книжок, затвердженого Постановою КМУ від 23.05.2001 р. № 559. Наказом МОЗ від 23.07.2002 р. № 280 затверджено Перелік необхідних обстежень лікарів-спеціалістів, видів клінічних, лабораторних та інших досліджень, що необхідні для проведення обов'язкових медичних оглядів, та періодичність їх проведення.

Слайд №26 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Відповідно до Переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам виділяють 28 таких виробництв і організацій: харчова і переробна промисловість (крім працівників підприємств з виробництва дріжджів, олії, сушених овочів, солі, молочної кислоти, фасування чаю, кави; млинів, крупорушок, зерносовищ, елеваторів; крохмалепатокових, соледобувних, спиртових, лікєро-горілчанних підприємств; складів зерна, борошна, круп); підприємства продовольчої торгівлі, в тому числі дрібнороздрібної, а також ті, що розташовані на території ринків; ринки; підприємства громадського харчування; навчальні заклади, крім вищих навчальних закладів III–IV рівнів акредитації; вищі навчальні заклади III–IV рівнів акредитації;

притулки для неповнолітніх; оздоровчі заклади для дітей з цілорічним та сезонним перебуванням; лікувально-профілактичні заклади для дорослих (санаторії, будинки відпочинку, пансіонати, будинки-інтернати); пологові будинки (відділення), дитячі лікарні (відділення), відділення патології новонароджених, недоношених; пральні, приймальні пункти білизни, хімчистки; перукарні, косметичні та масажні кабінети, кабінети татуажу, салони пірсингу та візажу; лазні, сауни; готелі; гуртожитки; спортивно-оздоровчі комплекси; заклади культури (театри, цирки, клуби, будинки культури тощо); розважальні заклади; підприємства фармацевтичної промисловості; аптеки та їх структурні підрозділи; підприємства та об'єкти водопостачання і каналізації; метрополітен; транспортно-дорожній комплекс; рибне господарство; суб'єкти господарювання, що займаються розведенням, вирощуванням і реалізацією тварин; приватні послуги удома.

Працівники зазначених організацій зобов'язані проходити медичні огляди відповідно до Порядку проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів та видачі особистих медичних книжок, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23.05.2001 р. №559. Наказом Міністерства охорони здоров'я від 23.07.2002 р. №280 затверджено Перелік необхідних обстежень лікарів-спеціалістів, видів клінічних, лабораторних та інших досліджень, що необхідні для проведення обов'язкових медичних оглядів, та періодичність їх проведення.

Основами законодавства України про охорону здоров'я регламентується дотримання конфіденційності (ст. 39-1); визначаються основні принципи охорони здоров'я в Україні такі, як дотримання прав і свобод людини й громадянина в галузі охорони здоров'я, рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги, орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень зі світовим досвідом у галузі охорони здоров'я, запобіжно-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я (ст. 4), що стосується повною мірою проблеми ВІЛ-інфекції; встановлені конкретні правила взаємовідносин між медичним спеціалістом та пацієнтом:

ст. 39 – лікар зобов'язаний пояснити пацієнтові у доступній формі стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі наявності ризику для життя і здоров'я, пацієнт має право знайомитися з історією своєї хвороби та іншими документами, що може слугувати основою для прийняття пацієнтом рішення щодо подальшого лікування, в особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, лікар має право її обмежити. У такому разі він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого, таким же чином лікар діє, коли пацієнт перебуває в непритомному стані;

ст. 40 – лікарська таємниця;

ст. 43 – згода на медичне втручання, у невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна, якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити, якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання – засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків, якщо відмову щодо діагностики та лікування дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування, що є важливим при організації медичної допомоги дитині при проведенні ППМД.

Кодекс лікарської етики є відображенням у клятві Гіппократа. Правове вираження цього кодексу затверджено Указом Президента України від 15.06.1992 р. №349 у Клятві лікаря, яку повинні давати усі випускники вищих навчальних медичних закладів. У тексті, що зачитується, містяться слова про обов'язок зберігати лікарську таємницю, не використовувати її на шкоду людині.

Забезпечення конфіденційності медичної інформації пацієнта



Слайд №27 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

До лікарської таємниці належить інформація про:

- факт звернення за медичною допомогою;
- стан здоров'я фізичної особи;
- перенесені хвороби, наявність спадкових захворювань;
- діагноз;
- відомості, одержані при медичному обстеженні, результати аналізів;
- відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність у особи ВІЛ-інфекції;
- інтимну та сімейну сторони життя;
- призначене лікування, його ефективність;
- прогноз захворювання;
- наявність ризику для життя і здоров'я.

Що таке лікарська таємниця?

- факт звернення за медичною допомогою;
- стан здоров'я фізичної особи;
- перенесені хвороби, наявність спадкових захворювань;
- діагноз;
- відомості, одержані при медичному обстеженні, результати аналізів;
- відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність у особи ВІЛ-інфекції;
- інтимна та сімейна сторони життя;
- призначене лікування, його ефективність;
- прогноз захворювання;
- наявність ризику для життя і здоров'я.

Слайд №28 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Суб'єктами збереження лікарської таємниці є не лише лікарі й інші медичні працівники, а усі особи, яким стала відома така інформація у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків. Основні суб'єкти збереження лікарської таємниці:

- особи з вищою медичною та фармацевтичною освітою (лікарі, провізори);
- особи із середньою медичною та фармацевтичною освітою (фельдшери, медичні сестри, фармацевти);
- молодший медичний персонал (санітари, няньки);
- особи, які здобувають медичну освіту;
- немедичний персонал закладів охорони здоров'я (керівники закладів, керівники структурних підрозділів, адміністратори);
- співробітники судових і правоохоронних органів, яким інформація, що становить лікарську таємницю, стала відомою внаслідок професійних обов'язків (наприклад, при допитах, виїмці медичної документації тощо);
- працівники страхових організацій стосовно інформації, яку вони дізналися під час укладання договору медичного страхування, страхування життя.

Суб'єкти збереження лікарської таємниці

особи з вищою медичною та фармацевтичною освітою (лікарі, провізори)

особи із середньою медичною та фармацевтичною освітою (фельдшери, медичні сестри, фармацевти)

молодший медичний персонал (санітари, няньки)

особи, які здобувають медичну освіту

немедичний персонал закладів охорони здоров'я (керівники закладів, керівники структурних підрозділів, адміністратори)

співробітники судових і правоохоронних органів, яким інформація, що становить лікарську таємницю, стала відомою внаслідок професійних обов'язків (наприклад, при допитах, виїмці медичної документації тощо)

працівники страхових організацій стосовно інформації, яку вони дізналися під час укладання договору медичного страхування життя

Слайд №29 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Утім, усі норми щодо лікарської таємниці містять застереження про винятки, встановлені законодавством. Отже, інформація, що містить лікарську таємницю, може розкриватися в законному порядку в таких випадках.

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (ст. 13), визначає, що передача медичним працівником відомостей дозволяється лише:

- особі, стосовно якої було проведено тестування, а у випадках та за умов, установлених частиною третьою ст. 6 цього закону: батькам чи іншим законним представникам дитини віком до 14-ти років;
- іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я – винятково у зв'язку з лікуванням цієї особи; при цьому передача відомостей

іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я допускається виключно за наявності усвідомленої інформованої згоди людини, яка живе з ВІЛ, на передачу таких відомостей, наданої в письмовому вигляді, і лише для цілей, пов'язаних з лікуванням хвороб, зумовлених ВІЛ, та у разі, якщо поінформованість лікаря щодо ВІЛ-статусу пацієнта має істотне значення для його лікування;

- іншим третім особам – виключно за рішенням суду в установлених законом випадках.

Розкриття лікарської таємниці

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (ст. 13).

- дозволяється лише особі, стосовно якої було проведено тестування, батькам чи іншим законним представникам такої особи;
- дозволяється іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я винятково у зв'язку з лікуванням цієї особи;
- дозволяється іншим третім особам лише за рішенням суду в установлених законом випадках.

Розкриття медичним працівником відомостей про позитивний ВІЛ-статус особи партнеру (партнерам) дозволяється, якщо:

- людина, яка живе з ВІЛ, звернувся до медичного працівника з відповідним проханням, підтвердженням письмово;
- людина, яка живе з ВІЛ, померла, втратила свідомість або існує ймовірність того, що вона не опритомніє та не відновить свою здатність надавати усвідомлену інформовану згоду.

Слайд №30 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Розкриття медичним працівником відомостей про позитивний ВІЛ-статус особи партнеру (партнерам) дозволяється, якщо:

- 1) ЛЖВ звернувся до медичного працівника з відповідним письмово підтвердженням проханням;
- 2) ЛЖВ померла, втратила свідомість або існує ймовірність того, що вона не опритомніє та не відновить свою здатність надавати усвідомлену інформовану згоду.

Незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 Кримінального кодексу України)

Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до 240 годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до 3 років, або виправними роботами на строк до 2 років

Слайд №31 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Відповідальність лікаря за незаконне розголошення лікарської таємниці визначена Кримінальним кодексом України (ст. 145):

- умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років.

**Наказ МОЗ України від 05.11.2013 р. №955
«Про затвердження нормативно-правових актів
щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією
при виконанні професійних обов'язків»**

Кожний, хто звертається за медичною допомогою,
повинен розглядатися як потенційний носій вірусу
імунодефіциту людини

Слайд №32 презентації «Закони України, накази МОЗ, інструкції та інші методичні документи щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу. Права та обов'язки лікарів та пацієнтів»

Розголошення відомостей про ВІЛ-позитивний статус є одним з найбільших порушень з боку медичних працівників. Навіть ненавмисні дії завдають пацієнту значну кількість проблем: відмова у наданні медичних послуг, словесні образи, некоректні висловлювання, стигматизація та дискримінація з боку осіб, яким ця інформація стала відома, погіршення психологічного й фізичного стану.

Згідно з наказом МОЗ України від 05.11.2013 р. №955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків» «кожний, хто звертається за медичною допомогою, повинен розглядатися як потенційний носій вірусу імунодефіциту людини».

8. Обговорення прав та обов'язків лікарів у сфері організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися про те, які запитання у них виникли або ж здалися складними й потребують уточнення, як би вони розставили акценти у розглянутій темі. Тренер відповідає на запитання учасників.

Тренер запитує в учасників про те, який власний досвід вони мають щодо дотримання прав лікаря при виконанні його професійних обов'язків; чи розуміють вони, наскільки важливим є питання обов'язків лікаря при роботі з ВІЛ-інфікованими пацієнтами.

До уваги тренера!

В якості підсумку цього обговорення важливо зробити наступне доповнення: при організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам важливими питаннями в однаковій мірі є як права, так і обов'язки лікаря.

9. Підбиття підсумків (5 хв.)

До уваги тренера!

Важливо, щоб учасники зрозуміли, що їх задачею є зміна своєї поведінки стосовно ВІЛ-інфікованого пацієнта, яка має включати знання прав лікаря і вимагати їх дотримання від адміністрації ЗОЗ, а також дотримання обов'язків лікаря, що сприятиме якісному виконанню своїх обов'язків, а значить – покращить здоров'я пацієнтів.

У ході підбиття підсумків сесії тренеру необхідно звернути увагу учасників на те, наскільки важливо бути поінформованими в нормативно-правовому забезпеченні організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, що сприяє кращій ефективності й якості медичної допомоги, а також зробити наголос на тому, що знання нормативно-правових вимог до організації їх роботи є їх юридичним професійним захистом.

Контрольні запитання

- Назвіть, що означає термін «ВІЛ-інфікована особа»?
- Назвіть, що означає ВІЛ-статус людини?
- Назвіть основний закон України, яким регулюються правові засади у сфері ВІЛ-інфекції?
- Назвіть розмір щомісячної державної допомоги дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ?
- Яким законодавчим актом регулюється віковий ценз дитини в отриманні медичної допомоги й яким чином?
- Яким законодавчим актом регулюється право пацієнта у виборі лікаря?
- Яким законодавчим актом регулюється право пацієнта на таємницю щодо стану здоров'я, зокрема, ВІЛ-інфікованого пацієнта?
- Яким законодавчим актом встановлюється відповідальність лікаря за незаконне розголошення лікарської таємниці й яким чином?
- Назвіть суб'єкти збереження лікарської таємниці?
- Назвіть основні соціальні пільги медичного працівника, який надає медичну допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам?
- Назвіть основні унормовані обов'язки лікаря у сфері організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам?
- В яких випадках дозволяється розкриття медичним працівником відомостей про позитивний ВІЛ-статус особи?

Література

1. Конституція України.
2. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
3. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки».
4. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551.
5. Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 18 грудня 1998 р. №2026.
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.09.2012 р. №852 «Про розмір щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ».
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.08.2014 р. №389 «Про затвердження норм харчування для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей».
8. Наказ МОЗ України від 11.05.2010 р. №388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції».
9. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
10. Наказ МОЗ України 21.12.2010 р. №1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення».
11. Наказ МОЗ України від 10.07.2013 р. №585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ».
12. Цивільний кодекс України.
13. Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я».

ТЕМА 2.2. КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДКТ (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання

1. Надати учасникам інформацію про основні завдання ДКТ.
2. Ознайомити учасників із принципами ДКТ.
3. Розглянути зміст і форми передтестового й післятестового консультування, особливості групового та індивідуального консультування.
4. Опрацювати техніки консультування.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - основні завдання, принципи та види ДКТ;
 - структуру ДКТ;
 - завдання та особливості передтестового та післятестового консультування;
 - діловодство, пов'язане із забезпеченням права пацієнта на лікарську таємницю особистих даних;
 - техніки консультування, які підвищують його ефективність.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - проводити ефективне консультування з використанням відповідних технік.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна Тривалість	Оснащення
1.	Інформаційне повідомлення «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»	25 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 2.2 «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»
2.	Вправа «Модель консультанта». Робота в малих групах	20 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, скотч
3.	Інформаційне повідомлення «Техніки консультування»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 2.2 «Техніки консультування»
4.	Вправа «Техніки консультування». Робота в малих групах	30 хв.	Ситуаційні задачі за кількістю малих груп, маркери, скотч
5.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Інформаційне повідомлення «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ» (25 хв.)

До уваги тренера!

Під час інформаційного повідомлення необхідно надати учасникам загальну інформацію про мету, завдання, принципи, форми консультування і тестування.

Консультування і тестування є ключовим компонентом профілактики, лікування й догляду за хворими на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол) затверджений наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

Метою добровільного консультування і тестування (далі по тексту – ДКТ) є надання добровільної консультативної допомоги населенню стосовно шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу людини, підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, отримання своєчасної медичної допомоги: обстеження на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), опортуністичні інфекції та їх лікування, своєчасний початок антиретровірусної терапії (АРТ), профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ, послуг з планування сім'ї та всебічна підтримка (у тому числі за принципом «рівний–рівному»).

Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»)

ДКТ може проводити тільки відповідно навчаний медпрацівник

Мета ДКТ:

- надання добровільної консультативної допомоги населенню стосовно шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування;
- сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу людини;
- підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки;
- отримання своєчасної медичної допомоги: обстеження на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом, опортуністичні інфекції та їх лікування, своєчасний початок АРТ;
- профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ;
- послуг з планування сім'ї;
- всебічна підтримка (у тому числі за принципом «рівний–рівному»).

Слайд №2 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Завдання ДКТ

1. Зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції серед населення.
 - 1.1. Інформування щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та відповідних ризиків інфікування, пов'язаних з кожним з них.
 - 1.2. Ознайомлення із заходами і засобами зменшення ризику інфікування ВІЛ.
 - 1.3. Оцінка індивідуального ризику інфікування ВІЛ, сприяння формуванню у пацієнта власної оцінки ступеня особистого ризику інфікування ВІЛ.
 - 1.4. Інформування про процедуру тестування і практичне значення результатів.
 - 1.5. Тестування на ВІЛ-інфекцію.
 - 1.6. Надання психологічної та соціальної підтримки.
 - 1.7. Інформування про існуючі державні і комунальні заклади охорони здоров'я, інші державні та комунальні установи, організації та заклади, медичні заклади інших форм власності, об'єднання громадян, що надають медичну, психологічну, юридичну, соціальну та інші види допомоги особам, які її потребують.
 - 1.8. Сприяння щодо прийняття добровільного інформованого рішення стосовно проходження тестування на ВІЛ-інфекцію.
2. Інформування з правових питань, пов'язаних з проблемами ВІЛ-інфекції/СНІДу.
3. Сприяння підвищенню рівня здоров'я населення, в тому числі подовженню та покращенню якості життя ЛЖВ.



Слайд №3 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Принципи ДКТ

Принципи ДКТ (відповідно до рекомендацій ВООЗ та ЮНЕЙДС) – це обов'язкові мінімальні вимоги до процедури консультування і тестування.

Добровільність	<p>Тестування для виявлення ВІЛ-інфекції може бути проведено лише після усвідомленої й добровільної згоди пацієнта. Це означає, що пацієнту надано зрозумілою для нього мовою у доступній формі достатню інформацію, він зрозумів позитивні і негативні наслідки виявлення свого ВІЛ-статусу, дав письмово підтвержену згоду на проходження тестування або відмовився від нього чи відклав своє рішення щодо його проходження без будь-якого примусу. Тиск або примушення до проходження тестування є неприпустимими.</p> <p>Добровільність передбачає також відсутність примусу щодо прийняття рішення стосовно зміни ризикованої поведінки особою, яка звернулась за послугами ДКТ</p>
Конфіденційність	<p>Інформація, яка стала відома консультанту чи особі, яка проводила тестування, під час надання послуг ДКТ (факт звернення особи, зміст отриманих послуг, дані про особисте життя пацієнта, контактні реквізити, результати тесту тощо), є конфіденційною. Ця інформація може бути передана законним представникам неповнолітнього або недієздатного пацієнта, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання, суду у випадках, передбачених законами України.</p> <p>Перед- та післятестове консультування, а також повідомлення про результат тесту слід здійснювати з дотриманням конфіденційності.</p> <p>Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, тягне за собою кримінальну відповідальність</p>
Анонімність	<p>За бажанням пацієнта консультація і тестування можуть бути проведені анонімно, тобто без зазначення будь-яких даних, за якими може бути ідентифіковано особу (паспортні дані, місце проживання тощо). У такому випадку ДКТ проводиться з використанням коду, який надається пацієнту для проходження консультування і тестування з отриманням його результатів</p>
Доступність та відсутність дискримінації	<p>ДКТ повинне бути доступним всім, хто його потребує, без будь-якої дискримінації й воно включає:</p> <ul style="list-style-type: none">– фізичну доступність – шляхом широкого (в усіх закладах охорони здоров'я незалежно від форм власності, загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладах, підприємствах, організаціях, установах, через засоби масової інформації тощо) розповсюдження інформації про заклади, які надають послуги з ДКТ (адреси, номери телефонів, режим їх роботи);– економічну доступність: добровільне тестування повинно бути безоплатним для всіх пацієнтів.

Доступність та відсутність дискримінації	Широкому доступу до послуг ДКТ може сприяти залучення державних, комунальних установ, закладів та організацій, медичних закладів іншої форми власності, об'єднань громадян, що працюють з різними групами населення, у тому числі і з групами високого ризику інфікування ВІЛ (програми зменшення шкоди тощо)
Достовірність та повнота інформації	Кожному, хто має намір пройти тестування, необхідно запропонувати перед- та післятестове консультування, під час якого надати інформацію про мету і процедуру тестування, шляхи передачі, заходи й засоби профілактики ВІЛ-інфекції, можливі результати тесту, існуючі можливості отримання медичної, психологічної та соціальної допомоги тощо. Обсяг і форма представленої інформації мають бути достатніми для прийняття усвідомленого рішення про доцільність та необхідність тестування. Пацієнтам як з позитивним, так і з негативним результатом тесту, під час повідомлення про результат тесту в державному або комунальному закладі охорони здоров'я та післятестового консультування необхідно надати інформацію про служби медичної, психологічної, соціальної та юридичної допомоги і в разі необхідності направити до них
Професійна та технічна досконалість	Консультанти повинні мати відповідну підготовку. Обладнання приміщення повинно сприяти забезпеченню якісного проведення ДКТ. Для проведення тесту на виявлення антитіл до ВІЛ використовуються лише зареєстровані та сертифіковані в Україні тест-системи

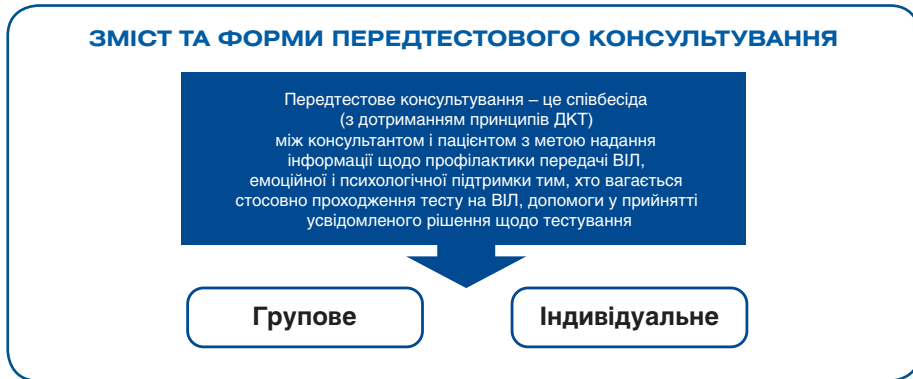


Слайд №4 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Форми та зміст передтестового консультування

Передтестове консультування – це співбесіда (з дотриманням принципів ДКТ) між консультантом та пацієнтом з метою надання інформації щодо профілактики передачі ВІЛ, емоційної й психологічної підтримки тим, хто вагається стосовно проходження тесту на ВІЛ, допомоги у прийнятті усвідомленого рішення щодо тестування.

Консультування може проводитись як для групи осіб (групове консультування/інформування), так й індивідуально.



Слайд №5 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Групове консультування/інформування може проводитись у разі:

- якщо з'ясування власного ВІЛ-статусу для даної особи не є головною метою обстеження (особи, які обстежуються з метою отримання довідки, донори тощо);
- неможливості (в окремих випадках) здійснення індивідуального консультування (серед осіб, які групою звертаються за тестуванням на ВІЛ-інфекцію з метою отримання довідки, ув'язнених, донорів, під час проведення акцій тощо);
- недостатньої кількості консультантів.

Групове консультування/інформування

Може проводитись:

- якщо з'ясування власного ВІЛ-статусу для даної особи не є головною метою обстеження (особи, які обстежуються з метою отримання довідки, донори тощо);
- при неможливості (в окремих випадках) здійснення індивідуального консультування (серед осіб, які групою звертаються за тестуванням на ВІЛ-інфекцію з метою отримання довідки, ув'язнених, донорів, під час проведення акцій тощо);
- за недостатньої кількості консультантів.

Слайд №6 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Групове консультування/інформування проводиться лише за усною згодою всіх осіб, залучених до консультації.

Надається інформація щодо:

- шляхів інфікування ВІЛ, ризиків інфікування;
- методів і засобів захисту від інфікування;
- профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (при консультуванні вагітних);
- добровільності й конфіденційності тестування;
- порядку проходження тестування і отримання його результатів;
- мотивування до отримання індивідуальної консультації та проходження тестування;
- наслідків з'ясування ВІЛ-статусу з висвітленням правових аспектів;
- можливості отримання психосоціальної підтримки та медичної допомоги.

Групове консультування/інформування проводиться лише за усною згодою всіх осіб, залучених до консультації

Надається інформація щодо:

- шляхів зараження ВІЛ, ризиків інфікування;
- методів і засобів захисту від інфікування;
- профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (при консультуванні вагітних);
- добровільності й конфіденційності тестування;
- порядку проходження тестування й отримання його результатів;
- мотивування до отримання індивідуальної консультації та проходження тестування;
- наслідків з'ясування ВІЛ-статусу з висвітленням правових аспектів;
- можливості отримання психосоціальної підтримки та медичної допомоги.

Слайд №7 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Особливості та характеристики групової роботи:

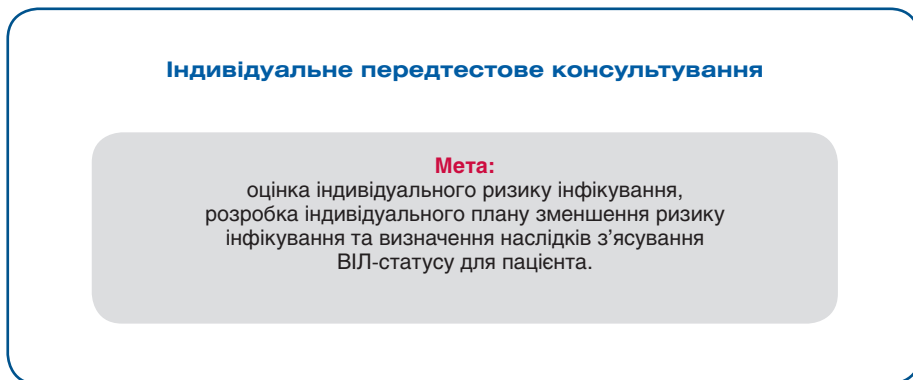
- проведення оцінки індивідуального ризику інфікування ВІЛ;
- з'ясування індивідуальних наслідків позитивного результату обстеження;
- кожному пацієнту після групового консультування слід запропонувати індивідуальну консультацію до проходження тесту на ВІЛ;
- групи повинні складатися з учасників, які мають спільну мету тестування на ВІЛ, наприклад, вагітні чи особи, які обстежуються з метою отримання довідки тощо;
- інформація, що надається цій групі, повинна бути адаптована до її потреб;
- усі учасники групи повинні домовитися про збереження конфіденційності особистої інформації, якщо така буде оприлюднена під час консультування кимось із осіб, що консультуються;
- кількість учасників групи не повинна перевищувати 16 осіб;

- заходи з групового інформування слід адаптувати до особливостей закладів та організацій, в яких воно проводиться.



Слайд №8 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Метою індивідуального передтестового консультування є оцінка індивідуального ризику інфікування, розробка індивідуального плану зменшення ризику інфікування і визначення наслідків з'ясування ВІЛ-статусу для пацієнта.



Слайд №9 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Структура передтестового консультування і тестування передбачає покрокові етапи й конкретні завдання, після чого пацієнт має прийняти свідоме рішення про необхідність тестування на ВІЛ.

Структура ДКТ

- 1 Індивідуальне передтестове консультування
- 2 Усвідомлена поінформована згода на тестування: підписання «Поінформованої згоди» (ф. №503-1/о)
- 3 Тестування
- 4 Післятестове консультування незалежно від результату

Слайд №10 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Вимоги до консультанта

1. Консультант повинен тактовно пояснити причини, на підставі яких він ставить ті чи інші запитання, у тому числі інтимні, запевнити про конфіденційність інформації, отриманої ним під час консультування. Консультант також повинен запевнити про конфіденційність результатів тесту.
2. Консультування може бути поширене на подружжя, наречених, статевих партнерів, членів родини, друзів, колег тощо лише за згодою пацієнта.
3. Бажано, щоб перед- та післятестове консультування проводив той самий консультант.
4. За бажанням пацієнта ДКТ може бути проведене анонімно.
5. Усі особи, яким пропонується пройти тестування, мають право відмовитися від нього.

Вимоги до консультанта (1)

1. Консультант повинен тактовно пояснити причини, на підставі яких він ставить ті чи інші запитання, у тому числі інтимні, запевнити про конфіденційність інформації, отриманої ним під час консультування. Консультант повинен запевнити про конфіденційність результатів тесту.
2. Консультування може бути поширене на подружжя, наречених, статевих партнерів, членів родини, друзів, колег тощо лише за згодою пацієнта
3. Бажано, щоб перед- та післятестове консультування проводив той самий консультант.
4. За бажанням пацієнта ДКТ може бути проведене анонімно.
5. Усі особи, яким пропонується пройти тестування, мають право відмовитися від нього.

Слайд №11 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

6. Консультанту потрібно надати інформацію всім особам, які звернулись за послугами ДКТ, в тому числі тим, хто відмовився від тестування, про:

- шляхи передачі ВІЛ;
- активну профілактику ВІЛ-інфекції;
- можливості отримання додаткової інформації про ВІЛ-інфекцію;
- можливості отримання консультативної, медичної допомоги та психологічної підтримки, якщо існує або виникне така потреба у майбутньому.

7. На проведення тестування медичний працівник державного або комунального закладу охорони здоров'я повинен отримати інформовану згоду пацієнта (форма первинної облікової документації №503-1/о «Інформована згода на проходження тесту на ВІЛ», далі – форма №503-1/о).

8. Відмова пацієнта від передтестового консультування або від заповнення форми №503-1/о не може бути перешкодою для добровільного тестування. У цьому разі, як виняток, лікар робить запис про згоду пацієнта на проходження тесту на ВІЛ з підписом пацієнта у відповідній документації (медична карта тощо).

Вимоги до консультанта (2)

6. Консультанту потрібно надати інформацію усім особам, які звернулись за послугами ДКТ, у тому числі тим, хто відмовився від тестування, про:

- шляхи передачі ВІЛ;
- активну профілактику ВІЛ-інфекції;
- можливості отримання додаткової інформації про ВІЛ-інфекцію;
- можливості отримання консультативної, медичної допомоги та психологічної підтримки, якщо існує або виникне така потреба в майбутньому.

7. На проведення тестування медичний працівник державного або комунального закладу охорони здоров'я повинен отримати інформовану згоду пацієнта (форма первинної облікової документації №503-1/о «Інформована згода на проходження тесту на ВІЛ», далі – форма №503-1/о).

8. Відмова пацієнта від передтестового консультування або від заповнення форми №503-1/о не може бути перешкодою для добровільного тестування. У цьому разі, як виняток, лікар робить запис про згоду пацієнта на проходження тесту на ВІЛ з підписом пацієнта у відповідній документації (медична карта тощо).

Слайд №12 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Ефективне передтестове консультування допомагає пацієнту:

- підвищити інформованість щодо питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та його профілактики;
- оцінити персональні поведінкові ризики щодо інфікування ВІЛ;
- ознайомитися з процедурою тестування;
- отримати інформацію про можливі результати тесту та їх значення;
- прийняти інформоване рішення про проходження тестування;
- отримати правову інформацію.



Слайд №13 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Зміст індивідуального передтестового консультування:

- введення в зміст консультації;
- оцінка індивідуального ризику;
- розробка шляхів зниження ризику інфікування;
- сприяння прийняттю рішення щодо проходження тесту;
- пропозиція пройти тестування у державному або комунальному закладі охорони здоров'я.

Детальніше зупинимося на етапі *сприяння прийняттю рішення щодо проходження тесту*.

Прийняття рішення щодо проходження тестування на ВІЛ

Мета: допомогти пацієнту прийняти добровільне інформоване рішення щодо тестування на ВІЛ.

Консультанту необхідно професійно і неупереджено довести пацієнту переваги знання свого ВІЛ-статусу, значення і наслідки результату тесту на ВІЛ, допомогти йому прийняти добровільне свідоме рішення щодо проходження тесту.

Консультант має оцінити здатність пацієнта справитися з ситуацією й отримати необхідну підтримку в разі позитивного результату тесту.

Консультування на етапі прийняття рішення щодо проходження тестування на ВІЛ проводиться у наступній послідовності:

Обговорення попереднього досвіду тестування і зміни в поведінці після отримання результату	<p>З'ясувати:</p> <ul style="list-style-type: none"> • чи проходив пацієнт тестування на ВІЛ раніше й яким був цей досвід; • які зміни з метою зменшення ризику інфікування на ВІЛ відбулися у його/її поведінці при негативному результаті
Обговорення почуттів пацієнта щодо проходження тестування	<p>Попросити пацієнта розповісти, що він відчуває, вирішивши пройти тест на ВІЛ, та яким чином було прийнято це рішення.</p>

	З'ясувати, чи повідомляв пацієнт кого-небудь про своє рішення пройти тест на ВІЛ, чи знають про це його/її чоловік/дружина/партнер, друг/подруга, батьки та як вони відреагували на це рішення
Обговорення того, наскільки пацієнт розуміє значення позитивного та негативного результату тесту	З'ясувати, що розуміє пацієнт під позитивним чи негативним результатом тесту. Пояснити пацієнту значення результатів тесту, якщо йому щось незрозуміло
Оцінка готовності пацієнта пройти тестування та прийняти результати тесту	Обговорити з пацієнтом його можливу реакцію: <ul style="list-style-type: none"> • на позитивний результат; • на негативний результат. З'ясувати: <ul style="list-style-type: none"> • який результат тесту очікує пацієнт; • кому пацієнт зможе розказати про результат тесту й хто зможе підтримати пацієнта
Обговорення життя при позитивному ВІЛ-статусі	Обговорити можливі зміни у житті пацієнта в разі позитивного результату. Розповісти про життя з позитивним ВІЛ-статусом, необхідність піклування про своє здоров'я та емоційний стан з метою покращення якості життя та подовження його тривалості. Пояснити, що таке життя передбачає: <ul style="list-style-type: none"> • раціональне харчування; • періодичне медичне обстеження стану здоров'я з метою отримання подальшої медичної допомоги; • підтримку та почуття оптимізму
Оцінка ризику можливих негативних наслідків позитивного результату тесту (суїциду, агресивної реакції по відношенню до себе або оточуючих), ауто-агресивні вчинки в минулому, психіатричний анамнез	З'ясувати: <ul style="list-style-type: none"> • чи були у пацієнта у минулому стресові ситуації й як він їх долав; • чи були коли-небудь думки про суїцид або його спроби, чи звертався пацієнт з цього приводу за психологічною/психіатричною допомогою; • що робитиме пацієнт, якщо результат тесту виявиться позитивним. Надати поради відповідно до потреб пацієнта
Обговорення переваг знання свого ВІЛ-статусу	Розповісти, що зможе пацієнт (у майбутньому) при можливому з'ясуванні позитивного ВІЛ-статусу (у майбутньому) пацієнт може: <ol style="list-style-type: none"> 1. Отримати лікування для збільшення тривалості статусу ВІЛ-інфекції та попередження переходу до розвитку СНІДу шляхом: <ul style="list-style-type: none"> • періодичного профілактичного обстеження на туберкульоз, онкозахворювання та інші опортуністичні захворювання; • проведення запобіжних профілактичних заходів щодо таких опортуністичних захворювань, як хіміопрофілактика туберкульозу, кандидозів тощо; • забезпечення (при наявності показань) повноцінного лікування опортуністичних захворювань, що вважаються виліковними хворобами і доступні для лікування в країні (туберкульоз, доброякісні онкозахворювання, пневмонії тощо);

	<ul style="list-style-type: none"> отримання безоплатного доступу до АРТ у разі виявлення ВІЛ-інфекції у стадії СНІДу, що дозволить перевести прогресуючий перебіг СНІДу у хронічний й, таким чином, значно подовжити якість та тривалість життя пацієнта. <p>2. Захистити своїх партнерів та майбутніх дітей від ВІЛ-інфекції, підготуватися до майбутнього своєї сім'ї.</p> <p>3. При з'ясуванні негативного ВІЛ-статусу отримати додатковий стимул щодо використання необхідних засобів перестороги для попередження можливості інфікування у подальшому</p>
Обговорення труднощів, пов'язаних із знанням свого ВІЛ-статусу	<p>Запитати у пацієнта, які негативні сторони може мати для нього знання свого ВІЛ-статусу.</p> <p>Обговорити з ним обставини, які його/її непокоять у зв'язку з цим, та як на них можна вплинути</p>
Пропозиція пройти тестування у державному або комунальному закладі охорони здоров'я	<p>З'ясувати рішення пацієнта стосовно проходження тестування. Якщо пацієнт прийняв рішення про проходження тестування, інформувати його про можливість тестування у державних і комунальних ЗОЗ.</p> <p>Якщо передтестове консультування проведено у вказаних ЗОЗ, запропонувати пацієнту заповнити форму №503-1/о та направити у маніпуляційний кабінет для забору крові на дослідження.</p> <p>Особам, які відмовилися від тестування, запропонувати повторну консультацію й провести бесіду про те, як зменшити ризик інфікування</p>
Призначення наступної зустрічі	Домовитися про час і місце наступної зустрічі

Прийняття рішення щодо проходження тестування на ВІЛ

Мета:

допомогти пацієнту прийняти добровільне інформоване рішення щодо тестування на ВІЛ.

Обговорення попереднього досвіду тестування та зміни в поведінці після отримання результату.

Оцінка готовності пацієнта пройти тестування та прийняти результати тесту.

Обговорення життя при позитивному ВІЛ-статусі.

Оцінка ризику можливих негативних наслідків позитивного результату тесту. Обговорення переваг знання свого ВІЛ-статусу, та пов'язаних з цим труднощів. Пропозиція пройти тестування. Призначення наступної зустрічі.

Слайд №14 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Післятестове консультування

Післятестове консультування є конфіденційним діалогом між пацієнтом та консультантом, метою якого є обговорення результатів тесту на ВІЛ, надання необхідної інформації й психологічної підтримки.

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

Післятестове консультування, що проводиться одразу ж після повідомлення результату тесту (первинне післятестове консультування), може проводитись лише у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Бажано, щоб післятестове консультування пацієнта у ЗОЗ проводив той самий консультант, який проводив передтестове консультування. Якщо передтестове консультування проводилось в іншій установі чи іншим фахівцем, консультанту необхідно з'ясувати у пацієнта, коли і в якому обсязі воно проводилось, якою інформацією щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу пацієнт уже володіє.

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

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

Ці відомості не можуть бути повідомлені в державні немедичні або в державні (як медичні, так і немедичні) установи, організації, заклади, об'єднання громадян, навіть якщо передтестове консультування було проведено у цих установах, організаціях, закладах. Відповідно, післятестове консультування (не первинне) може проводитись в них лише за умови активного звернення пацієнта та повідомлення ним самим про результат його тесту.

Первинне післятестове консультування при негативному результаті тесту

Повідомлення про негативний результат тесту

Мета: привернення уваги пацієнта до необхідності застосування заходів зменшення ризику для уникнення інфікування у майбутньому.

При негативному результаті важливо обговорити заходи зниження ризику інфікування ВІЛ. Необхідно провести консультування з питань безпечної поведінки і розглянути можливості направлення в інші служби, що допомагають змінити ризикований спосіб життя на менш ризикований.

Консультант повинен повідомити про результат тесту простими словами, уникаючи специфічної термінології. Потрібно дозволити пацієнту відчувати задоволення від того факту, що він не є ВІЛ-інфікованим, в той же час підкреслити необхідність змінити ризиковану поведінку з тим, щоб уникнути інфікування ВІЛ у майбутньому.

Необхідно тактовно переконати пацієнта у необхідності повторного тестування при наявності ризикованої поведінки протягом останніх 3-х місяців (з урахуванням наявності «серологічного вікна»).

Первинне післятестове консультування при **негативному** результаті тесту

Мета:

мотивування пацієнта до необхідності застосування заходів зменшення ризику для уникнення інфікування у майбутньому.

Повідомлення пацієнта про результат

Вивчення реакції пацієнта на результати тесту

Акцентування уваги на необхідності розгляду результату тесту у відношенні до ризику в межах періоду «серологічного вікна»

Висловлення занепокоєння та серйозності щодо можливості ВІЛ-інфікування пацієнта, якщо він підлягає постійному ризику

Слайд №15 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Первинне післятестове консультування при **позитивному** результаті тесту

Мета: надати ясно і точно інформацію про позитивний результат тесту, підтримати пацієнта у його сприйнятті.

Післятестове консультування при позитивному результаті тесту передбачає кризове консультування, психологічну підтримку у сприйнятті діагнозу і допомогу в плануванні майбутнього, як найближчого, так і віддаленого.

Пріоритетним завданням є забезпечення розуміння пацієнтом результату тесту і надання йому допомоги у визначенні можливості підтримки й ресурсів для того, щоб подолати ситуацію.

Первинне післятестове консультування при **позитивному** результаті

Мета:

надати ясно і точно інформацію про позитивний результат тесту, підтримати пацієнта у його сприйнятті.

Повідомлення пацієнта про результат тесту

Аналіз значення результатів

Надання пацієнту можливості усвідомити значення результату та надати психологічну підтримку

Визначення розуміння пацієнтом 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 питання пацієнта

Слайд №16 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Первинне післятестове консультування при невизначеному (сумнівному) результаті тесту

Необхідно повідомити, що результат його тесту на даний час розцінено як невизначений або сумнівний і пояснити, що можуть бути різні причини неможливості впевнено визначити його ВІЛ-статус.

Інколи результат тесту на ВІЛ пацієнта може мати невизначений результат. Серед причин, коли неможливо впевнено визначити ВІЛ-статус пацієнта можуть бути:

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

Первинне післятестове консультування при невизначеному результаті тесту (1)

Причини неможливості впевнено визначити ВІЛ-статус пацієнта:

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

Слайд №17 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

При проведенні первинного післятестового консультування пацієнта з невизначеним результатом тесту необхідно обговорити і пояснити пацієнту можливість перебування його в стадії «серологічного вікна»: часу з моменту інфікування людини до появи антитіл до вірусу імунодефіциту, який може тривати від 1 до 6 місяців, коли кількість антитіл до ВІЛ ще недостатня, щоб отримати позитивний результат. Роз'яснити клінічні прояви гострої стадії ВІЛ-інфекції. Поінформувати, що у 30–40% інфікованих хвороба нагадує гостру респіраторну інфекцію: гарячка, слабкість, болі в голові і горлі, іноді діарея, висипання, збільшені лімфатичні вузли. Цей стан триває до 12–15 днів і зникає навіть без лікування. Запропонувати пацієнту обстежитись знову через 2 тижні або через 2–3 місяці в залежності від рекомендацій, отриманих від лікаря-лаборанта, який проводив дослідження, та стану здоров'я пацієнта

Необхідно пояснити пацієнту про необхідність дотримуватись безпечної щодо поширення ВІЛ-інфекції поведінки до отримання результату повторного тесту на ВІЛ, а саме: відмовитись від донорства, відкласти заплановану вагіт-

ність, зменшити кількість статевих партнерів, використовувати презерватив під час статевих контактів тощо. Надати пацієнту інформаційні буклети і адреси державних, комунальних організацій та закладів, об'єднань громадян, що надають психо-емоційну підтримку. Призначити дату і час наступної зустрічі з пацієнтом.

Первинне післятестове консультування при невизначеному результаті тесту (2)

Обговорити і пояснити пацієнту можливість перебування його в стадії серологічного «вікна»- час з моменту інфікування людини до появи антитіл до вірусу імунodefіціту, який може тривати від 1 до 6 місяців, коли кількість антитіл до ВІЛ ще недостатня, щоб отримати позитивний результат.

Роз'яснити клінічні прояви гострої стадії ВІЛ-інфекції. Поінформувати, що у 30–40% інфікованих хвороба нагадує гостру респіраторну інфекцію: гарячка, слабкість, болі в голові і горлі, іноді діарея, висипання, збільшені лімфатичні вузли. Цей стан триває до 12-15 днів і зникає навіть без лікування. Запропонувати пацієнту обстежитись знову через 2 тижні або через 2-3 місяці в залежності від рекомендацій, отриманих від лікаря-лаборанта, який проводив дослідження, та стану здоров'я пацієнта.

Пояснити про необхідність дотримуватись безпечної щодо поширення ВІЛ-інфекції поведінки до отримання результату повторного тесту на ВІЛ, а саме: відмовитись від донорства, відкласти заплановану вагітність, зменшити кількість статевих партнерів, використовувати презерватив під час статевих контактів тощо. Надати пацієнту інформаційні буклети і адреси державних, комунальних організацій та закладів, об'єднань громадян, що надають психоемоційну підтримку. Призначити дату та час наступної зустрічі з пацієнтом.

Слайд №18 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Діловодство, пов'язане із забезпеченням права пацієнта на лікарську таємницю особистих даних

1. Вся інформація про пацієнта повинна зберігатися в режимі обмеженого доступу, який визначається наказом керівника організації.
2. Визначений режим повинен виключати можливість ознайомлення з цією інформацією сторонніх осіб (технічного персоналу, родичів співробітників закладу тощо) і передбачає зберігання в сейфах (що зачиняються на ключ) документації, в якій є персоналізовані дані про пацієнтів:
 - журналів реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію (форми №503/о, №503-3/о);
 - журналів обліку ВІЛ-інфікованих осіб;
 - інформації в бухгалтеріях територіальних центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом про дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, для отримання державної допомоги.
3. Порядок користування конфіденційною документацією має бути організований таким чином, щоб унеможливити ознайомлення з нею сторонніх осіб; архівування документації й зберігання архіву має бути захищене.
4. Контрольні карти диспансерного спостереження за ВІЛ-інфікованими особами мають зберігатися у кабінеті довіреного лікаря або лікаря-інфекціоніста закладу.
5. Система кодування ВІЛ-позитивного статусу (діагнозу) у медичній документації має розроблятися відповідно до вимог Наказу МОЗ України від 25.05.2000 р. №120 «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД», зареєстрованого в Мініюсті України

14.11.2000 р. за №819/5040. На титульній сторінці медичної карти амбулаторного або стаціонарного хворого, історії розвитку дитини коди вказуватися не повинні. Медичний персонал має бути поінформований про місце внесення коду в медичну документацію.

6. Термін конфіденційності даних про особу, яка зверталась за послугами ДКТ, в тому числі з ВІЛ-позитивним статусом є необмеженим.
7. Обов'язкове ознайомлення (під розпис) працівників медичних закладів (як з медичною, так і немедичною освітою) при прийомі на роботу та в подальшому щороку щодо конфіденційності інформації про проходження пацієнтом тесту на ВІЛ і його результат, кримінальної відповідальності за розголошення цієї інформації, що стала їм відома під час виконання професійних або службових обов'язків.

Діловодство, пов'язане із забезпеченням права пацієнта на лікарську таємницю особистих даних

1. Вся інформація про пацієнта повинна зберігатись в режимі обмеженого доступу, який визначається наказом керівника організації.
2. Визначений режим повинен виключати можливість ознайомлення з цією інформацією сторонніх осіб: журналів реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію (форми №503/о, №503-3/о); журналів обліку ВІЛ-інфікованих осіб; інформації в бухгалтеріях територіальних центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом про дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, для отримання державної допомоги.
3. Порядок користування конфіденційною документацією має бути організований таким чином, щоб унеможливити ознайомлення з нею сторонніх осіб.
4. Контрольні карти диспансерного спостереження за ВІЛ-інфікованими особами мають зберігатись у кабінеті довіреного лікаря або лікаря-інфекціоніста закладу.
5. На титульній сторінці медичної карти амбулаторного або стаціонарного хворого, історії розвитку дитини коди ВІЛ-позитивного статусу (діагнозу) не повинні вказуватись. Медичний персонал має бути поінформований про місце внесення коду в медичну документацію.
6. Термін конфіденційності даних про особу, яка зверталась за послугами ДКТ, в тому числі з ВІЛ-позитивним статусом є необмеженим.
7. Обов'язкове ознайомлення (під розпис) працівників медичних закладів (як з медичною, так і немедичною освітою) при прийомі на роботу та в подальшому щороку щодо конфіденційності інформації.

Слайд №19 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

2. Вправа «Модель консультанта». Робота в малих групах (20 хв.)

Тренер презентує слайд «Основні принципи роботи консультантів» та об'єднує учасників у 2(4) групи (у залежності від кількості учасників великої групи, але так, щоб у одній групі було не більше 5–6 осіб і кількість малих груп була парною), просить кожну групу обрати модератора.

Завдання для груп

Орієнтуючись на принципи роботи консультантів розробити ефективну «Модель сучасного консультанта».

Одна група (або перша та друга, у залежності від кількості груп) визначає та записує на аркуші фліпчарту, якими знаннями повинен володіти консультант.

Друга група (або третя та четверта, у залежності від кількості груп) визначає, якими навичками має володіти консультант і також робить відповідні записи на окремому аркуші фліпчарту.

На роботу у групах учасники отримують 10 хв., після чого презентують розроблену ними модель.

Основні принципи роботи консультантів

1. Принцип «розуміння замість засудження» (гуманізм)	Кожну людину потрібно сприймати такою, якою вона є, і надавати їй можливість для виявлення як позитивних, так і негативних власних відчуттів, не засуджуючи їх, а приймаючи до спільного усвідомлення.
2. Принцип «добровільності замість контролю»	Кожна людина має право на самовизначення того, яка саме допомога їй потрібна та яку вона хоче отримати.
3. Принцип «конфідентційності інформації особи, що звернулася за консультацією»	Кожна людина має право на повагу та збереження у таємниці обставин свого особистого життя. Використання і поширення інформації про особисте життя фізичної особи без її згоди не допускається.
4. Принцип «щирих і довірливих взаємовідносин пацієнта та консультанта»	Взаємовідносини пацієнта і консультанта мають бути відкритими, чесними, довірливими. Професіонал не дозволяє собі робити нічого, що би суперечило інтересам пацієнта.
5. Принцип «тісного спілкування з родиною пацієнта»	Захист і допомога кожному пацієнту можуть бути забезпечені тільки у співпраці з його родиною. Кожна родина, яка має проблеми з ВІЛ-інфекцією, може розраховувати на надання дієвої психосоціальної підтримки, щоб таким чином вирішити існуючі проблеми й попередити появу інших.
6. Принцип «допомоги для самопомоги (активність замість пасивності)»	Кожна людина, якій надається допомога, не повинна бути безпорадною і залежною, а, навпаки, має здійснювати активні самостійні дії з вирішення своїх життєвих проблем. Консультант повинен надавати пацієнту можливості для самостійної побудови свого життя.
7. Принцип «комплексної допомоги»	Будь-яка допомога повинна розглядатись у сукупному контексті проблемних життєвих обставин і тому здійснюватись у співпраці з усіма зацікавленими установами, організаціями та закладами.

Слайд №20 презентації «Консультація і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Запитання для обговорення

- Якою є залежність між знаннями консультанта й ефективністю консультування?
- Як окреслена модель вписується у ваш власний досвід?

До уваги тренера!

Тренеру важливо проаналізувати всі запропоновані моделі й обговорити спільно із учасниками, підбиваючи підсумок роботи, якою ж має бути узагальнена «Модель консультанта» для діяльності ЛЗП/СЛ.

Важливо, щоб учасники розуміли, що завданням консультанта не є зміна поведінки пацієнта. Його завдання – допомогти пацієнту розглянути всі можливі варіанти і сприяти створенню такого середовища у відносинах між медичним працівником і пацієнтом, що дозволить пацієнту ставити будь-які запитання, необхідні для прийняття ним чи нею їх власних виважених рішень.

3. Інформаційне повідомлення «Техніки консультування» (10 хв.)

До уваги тренера!

Під час інформаційного повідомлення необхідно надати учасникам загальну інформацію про існуючі техніки консультування. Важливо донести інформацію про те, що аби бути ефективним, консультанту необхідно не просто надати деякий об'єм інформації, а надати її у сприятливій для пацієнта манері.

В основі ДКТ лежать базові принципи консультування як метода соціально-психологічної роботи. Тому, від якості консультування напряму залежить рішення пацієнта про поінформовану згоду на проходження тестування.

Постановка питань

Вміле опитування надає можливість одержати інформацію про пацієнта. Форма, у якій консультант ставить запитання, визначає не тільки якість і об'єм отримуваної від пацієнта інформації, але й впливає на взаємовідносини консультанта і пацієнта. Запитання розподіляються на відкриті й закриті.

Навички консультанта

Уміння слухати і розуміти:

- використовуйте невербальне спілкування;
- ставте відкриті запитання;
- словами і жестами покажіть зацікавленість;
- «відображайте» фразу пацієнта;
- співпереживайте – покажіть, що вам зрозумілі почуття пацієнта;
- уникайте слів, що виражають оцінку.

Зміцнення впевненості пацієнта у своїх силах та навички підтримки:

- сприймайте думки і почуття пацієнта;
- знаходьте і заохочуйте позитивні сторони в діях пацієнта;
- надавайте практичну допомогу;
- обмежте інформацію найважливішими аспектами;
- говоріть простою мовою;
- запропонуйте один-два варіанти, а не віддавайте розпорядження

Слайд №21 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію.
Основні принципи ДКТ»

Техніки консультування: постановка запитань

- Вміле опитування надає можливість одержати інформацію про пацієнта.
- Форма, у якій консультант ставить запитання, визначає не тільки якість та об'єм одержуваної від пацієнта інформації, але й впливає на взаємовідносини консультанта і пацієнта.
- Запитання розподіляються на відкриті та закриті.

Слайд №22 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію.
Основні принципи ДКТ»

Консультант повинен мати навички спілкування, що дозволяють йому говорити з будь-яким пацієнтом відкрито і довірливо на найскладніші теми, надавати необхідну кожній конкретній людині інформацію, допомагати у прийнятті рішень, що сприяють збереженню здоров'я, надавати своєчасну психологічну допомогу і підтримку.

Ефективне консультування починається з визнання консультантом права людини на власну думку, відсутності позиції осуду до пацієнта, вміння спостерігати і співчувати.

Ефективному консультуванню можна навчитися, для чого необхідно оволодіти рядом навичок.

Ставте відкриті запитання

Відкриті запитання зазвичай починаються зі слів «хто», «що», «як», «коли», «з якої причини».

Вони заохочують пацієнта говорити, повніше висловитися і дозволяють вам дізнатися більше відомостей за відведений для бесіди час.

Протилежністю будуть закриті запитання. На ці питання можна дати однозначну відповідь «так» чи «ні», вони не спонукають до висловлення та дають мало інформації.

Слайд №23 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Консультант використовує запитання, щоб допомогти пацієнтам висловити свої почуття і проблеми. Необхідно використовувати як відкриті (зазвичай починаються словами що, який, як, розкажіть, опишіть і поясніть), так і закриті запитання (передбачають односкладові відповіді, в т.ч. «так» або «ні»). Ставлячи відкриті запитання, консультант зможе отримати більш розгорнуті відповіді і, відповідно, більш детальну інформацію для ведення діалогу.

Приклади

Закриті запитання:

- «Чи знаєте Ви, що тест на ВІЛ є безкоштовним?»
- «Чи здавали Ви тест на ВІЛ протягом останніх 6 місяців?»

Відкриті запитання:

- «Що саме може спонукати Вас пройти тестування?»
- «Розкажіть мені, будь-ласка, детальніше про Ваш досвід тестування на ВІЛ?»
- «Що Ви знаєте про шляхи передачі ВІЛ?»

Уникайте слів, що виражають оцінку:

- «правильно», «неправильно», «добре», «погано», «позитивно», «достатньо», «нормально/ненормально».

Не ставте подібних запитань:

- «Чи правильно Ви користуєтесь презервативами?»
- «Чи достатньо у вас знань про ВІЛ-інфекцію?»

Формулюйте запитання таким чином:

- «Розкажіть правила користування презервативом».
- «Яка ситуація спонукала Вас пройти тестування?»

Слайд №24 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Підбатьорення і заспокоєння

Підбатьорення і заспокоєння важливі для створення й укріплення контакту між консультантом і пацієнтом, допомагають пацієнту повірити в себе, спонукають його шукати рішення своїх проблем. Однак, якщо заспокоєння починає переважати в консультуванні, воно формує залежність пацієнта від консультанта.

Техніки консультування: підбатьорення і заспокоєння

- Підбатьорення та заспокоєння важливі для створення та укріплення контакту між консультантом та пацієнтом, допомагають пацієнту повірити у себе, спонукають його шукати рішення своїх проблем.
- Однак, якщо заспокоєння починає переважати у консультуванні, воно формує залежність пацієнта від консультанта.

Слайд №25 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Відображення змісту: перефразування й узагальнення

Перефразування й узагальнення висловлювань переконує пацієнта, що консультант його уважно слухає і розуміє. Здатність не лише слухати, але й чути надзвичайно важлива для більшої ефективності спілкування з пацієнтом.

Техніки консультування: відображення змісту, перефразування і узагальнення

- Перефразовування є суттєвим елементом бесіди при консультуванні
- Воно дозволяє обом учасникам процесу спілкування переконатися, що їхні слова були правильно зрозумілі, і що співрозмовник розуміє почуття, що криються за словами

Слайд №26 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Відображення почуттів

Відображення почуттів тісно пов'язане з перефразуванням. Різниця лише в тому, що перефразування зосереджується на змісті, а відображення почуттів – на тому, що приховано за змістом. Відображення почуттів сприяє виникненню міжособистісного, емоційного контакту, тому що демонструє пацієнту прагнення консультанта зрозуміти його внутрішній світ. Консультант повинен виражати і власні почуття, які виникають у результаті консультування, проте вони мають бути пов'язані тільки з темою бесіди. Однак, у консультуванні завжди більш значущими є почуття пацієнта, а не консультанта.

Техніки консультування: відображення почуттів

- Відображення почуттів тісно пов'язане з перефразуванням. Різниця у тому, що перефразування зосереджується на змісті, а відображення почуттів – на тому, що приховано за змістом.
- Відображення почуттів сприяє виникненню міжособистісного, емоційного контакту, тому що демонструє пацієнту прагнення консультанта зрозуміти його внутрішній світ.
- Консультант повинен виражати і власні почуття, які виникають у результаті консультування, проте вони мають бути пов'язані тільки з темою бесіди.
- У консультуванні завжди більш значущими є почуття пацієнта, а не консультанта.

Слайд №27 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Паузи мовчання

Вміння мовчати із зоровим контактом та використовувати тишу в терапевтичних цілях – одна із важливих навичок консультування. Тиша необхідна для глибокого осмислення, що відбувається з пацієнтом. Консультанту важливо навчитися бути чуйним до тиші й уміти спеціально створювати і використовувати ці паузи. Продуктивне мовчання збільшує емоційну взаємодію пацієнта і консультанта.

Техніки консультування: паузи мовчання

Вміння мовчати та використовувати тишу в терапевтичних цілях – одна з важливих навичок консультанта.

«Мовчання – золото! А вміло використане мовчання – подвійне золото».

Стародавня мудрість

Слайд №28 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Надання інформації

Цілі консультування досягаються також за допомогою надання інформації: консультант висловлює свою думку, відповідає на запитання пацієнта, інформує його про різні аспекти проблем, які обговорюються.

Техніки консультування: надання інформації

Цілі консультування досягаються також за допомогою надання інформації: консультант висловлює свою думку, відповідає на питання пацієнта, інформує його про різні аспекти проблем, які обговорюються

Слайд №29 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Інтерпретація

Проводячи консультування, важливо виявити дійсні проблеми пацієнта, які можуть відрізнятися від питань, порушених пацієнтом у своєму повідомленні.

Задача інтерпретації полягає в тому, щоб незрозуміле зробити зрозумілим.

Конфронтація

Конфронтація – це реакція консультанта, яка суперечить двоїстій поведінці пацієнта (виверти, хитрощі), які заважають пацієнту усвідомити і вирішити свої проблеми.

У центрі конфронтації зазвичай опиняється стиль міжособистісного спілкування пацієнта, що відбувається в консультативному контакті. Консультант звертає увагу на прийоми, за допомогою яких пацієнт намагається уникнути обговорення важливих тем, спотворює злободенність своїх життєвих ситуацій тощо.

Використання конфронтації у консультуванні повинно бути обґрунтовано декількома простими правилами:

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

Доповнюючи перераховані правила, хотілося б підкреслити, що конфронтація з пацієнтом у жодному разі не повинна бути агресивною 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 та саморозкриття

Для якісного консультування необхідні не лише досвід, а й емоційна участь у процесі. Однак, емоційна участь повинна бути доречною і служити інтересам пацієнта, а не консультанта.

Структурування консультування

Структурування – це організація відношень консультанта з пацієнтом. Воно відбувається протягом всього процесу консультування. Кожен новий етап починається з оцінки того, що досягнуто.



Слайд №30 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Невербальне спілкування

Невербальне (немовне) спілкування має таке ж важливе значення у процесі консультування, як і мовне.

Пам'ятайте про важливість першого враження. Від того, як ви привітаєте пацієнта, від виразу вашого обличчя залежить ступінь його довіри.

Такі фактори як зовнішній вигляд консультанта, манери поведінки можуть впливати на створення сприятливої обстановки, повернути до себе пацієнта.

Підтримуйте візуальний контакт, уважно слухайте пацієнта, говоріть доброзичливо. Постарайтеся тоном свого голосу передати зацікавленість і турботу щодо проблем пацієнта.

Усуньте між пацієнтом і собою фізичні бар'єри.

Техніки консультування: паузи мовчання

- положення корпусу тіла;
- вираз обличчя;
- візуальний контакт;
- жестикуляція;
- голос;
- манера поведінки;
- увага;
- професійний відповідний одяг.

Слайд №31 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Завершення консультивання

Питання про припинення консультивативних зустрічей вирішується спільно консультиантом і пацієнтом.

Техніки консультивання: завершення консультивання

Питання про припинення консультивативних зустрічей вирішується спільно консультиантом і пацієнтом

Слайд №32 презентації «Консультивання і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

Консультиант повинен знати і ефективно уникати типових помилок при консультиванні

ТИПОВІ ПОМИЛКИ	ЗАСОБИ УНИКНЕННЯ ПОМИЛОК
Обмеження щодо проявів і висловлення пацієнтом своїх почуттів та потреб	Заохочення пацієнта до спонтанного висловлення своїх почуттів і потреб
Осудження, нотації й повчання пацієнта	Сприйняття його таким, яким він є
Навішування ярликів	З'ясування мотивів, страхів і тривоги пацієнта
Безпідставні заспокоювання й оптимізм, недооцінка складності розуміння проблеми пацієнтом	Уважний розгляд проблеми пацієнта, з'ясування причин його страхів і тривоги, допомога в їх опануванні
Несприйняття почуттів пацієнта, надання поспішних порад	Мотивація пацієнта до прийняття самостійних рішень
Звинувачувальний тон консультивання, використання запитання «Чому?»	З'ясування життєвих обставин, проблем і побоювань пацієнта
Заохочення залежності пацієнта від консультианта, посилення потреби в присутності консультианта та його керівництві	Посилення власних спроможностей пацієнта
Схиляння пацієнта до нової поведінки за допомогою лестощів, компліментів або обману	Заохочення та мотивування пацієнта щодо визначення дій, які є можливими для виконання плану зменшення ризику інфікування

Типові помилки при консультуванні

ТИПОВІ ПОМИЛКИ	ЗАСОБИ УНИКНЕННЯ ПОМИЛОК
Обмеження щодо проявів і висловлення пацієнтом своїх почуттів та потреб	Заохочення пацієнта до спонтанного висловлення своїх почуттів і потреб
Осудження, нотації й повчання пацієнта	Сприйняття його таким, яким він є
Навішування ярликів	З'ясування мотивів, страхів і тривоги пацієнта
Безпідставні заспокоювання й оптимізм, недооцінка складності розуміння проблеми пацієнтом	Уважний розгляд проблеми пацієнта, з'ясування причин його страхів і тривоги, допомога в їх опануванні
Несприйняття почуттів пацієнта, надання поспішних порад	Мотивація пацієнта до прийняття самостійних рішень
Звинувачувальний тон консультування, використання запитання «Чому?»	З'ясування життєвих обставин, проблем і побоювань пацієнта
Заохочення залежності пацієнта від консультанта, посилення потреби в присутності консультанта та його керівництва	Посилення власних спроможностей пацієнта
Схилення пацієнта до нової поведінки за допомогою лестощів, компліментів або обману	Заохочення та мотивування пацієнта щодо визначення дій, які є можливими для виконання плану зменшення ризику інфікування

Слайд №33 презентації «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ»

4. Вправа «Техніки консультування». Робота в малих групах (30 хв.)

До уваги тренера!

У ході вправи розглядаються різні техніки консультування. Учасники повинні оволодіти навичками їх застосування при проведенні консультування.

Тренер об'єднує учасників у 3–6 груп (у залежності від кількості учасників великої групи, але так, щоб у одній групі було не більше 5-6 осіб) та кожній групі пропонує ситуаційну задачу (однакову для всіх груп).

Згідно з цією задачею учасники мають розіграти рольову гру щодо консультування у конкретній ситуації з використанням різних технік консультування, обов'язково обравши серед учасників своєї групи тих, хто гратиме роль пацієнта і роль лікаря (інші учасники можуть долучатися до процесу розроблення алгоритму консультування, який презентуватиметься).

Час підготовки – 10 хв.

Задача для роботи малих груп

Молодий чоловік збирається «вступити у сексуальні стосунки з дівчиною», але «панічно» боїться «заразитися СНІДом». Не вказує конкретну причину цього страху.

Після того, як час на підготовку вичерпано, відбувається жеребкування і одна (або дві, у залежності від часових ресурсів) малі групи презентують елемент консультації.

Інші учасники спостерігають за презентацією групи (по ходу не коментуючи та не даючи порад), по завершенні презентації тренер ставить запитання для обговорення у такій послідовності.

1. З огляду на ваші відчуття, чи впоралися ви із завданням? (Запитання до групи, яка презентувала).

2. Які техніки консультування було застосовано у даній ситуації? (Запитання до всіх учасників).
3. Чи всі техніки, які ви продемонстрували, були названі? (Запитання до групи, яка презентувала).
4. Як ще можна було би підвищити ефективність консультації? Що вдалося групі, а що варто було б підсилити? Можливо є ще якісь техніки, які доречно було би застосувати? (Запитання до всіх учасників).

Якщо ситуацію програє перед загалом не одна мала група, а більше, обговорення за такою схемою проводиться після кожної презентації.

Вправа завершується обговоренням у групі доцільності й ефективності технік консультування.

До уваги тренера!

Необхідно заздалегідь приготувати ситуаційну задачу за кількістю малих груп, в які передбачається об'єднати учасників.

5. Підбиття підсумків (5 хв.)

У ході підбиття підсумків сесії тренер підкреслює особливості перед- та післятестового консультування і підсумовує важливість дотримання принципів консультування, що позитивно впливає на довірливість відносин між лікарем і пацієнтом, що, в свою чергу, позначається на якості медичної допомоги.

До уваги тренера!

Тренеру необхідно звернути увагу учасників на те, наскільки важливо надати пацієнту інформацію про:

- необхідність тестування водночас з дотриманням права пацієнта відмовитись від обстеження;
- конфіденційність отриманих результатів і подальшого лікування, у разі потреби;
- важливість зміни поведінки й інформування про свій статус статевих партнерів;
- можливості отримання медико-соціальних послуг.

Контрольні запитання

- Які основні завдання ДКТ?
- Якими є принципи ДКТ?
- Що таке передтестове консультування?
- Які існують види передтестового консультування?
- У яких випадках може проводитись групове консультування?
- Яка структура передтестового консультування?
- Які вимоги до консультанта?

- Що таке післятестове консультування і з якою метою воно проводиться?
- Що таке «відкриті» й «закриті» запитання?
- Що таке невербальне спілкування?
- Основні типові помилки консультантів у ході консультування?
- Назвіть засоби уникнення типових помилок ДКТ.
- Назвіть основні принципи роботи консультанта.

Література

1. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
2. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
3. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки».
4. Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Навчальний посібник для лікарів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/491_1_VCT_Guide_u_.pdf.
5. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ. В помощь консультанту [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://hivmed.od.ua/published/dobrovolnoe_konsultirovanie_i_testirovanie_v_pomosh.pdf.

ТЕМА 2.3. АЛГОРИТМ ДКТ ДЛЯ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання

1. Надати інформацію щодо особливостей індивідуального ДКТ.
2. Ознайомити з правами пацієнта під час проведення ДКТ і вимогами до консультанта.
3. Розглянути складові алгоритму ДКТ для ЛЗП/СЛ.
4. Відпрацювати навички проведення консультування.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - основні нормативно-правові вимоги до проведення ДКТ;
 - основні вимоги до консультанта;
 - права пацієнта при проведенні ДКТ;
 - знатимуть маршрут пацієнта при проведенні тестування на ВІЛ.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - проводити перед- та післятестове консультування.

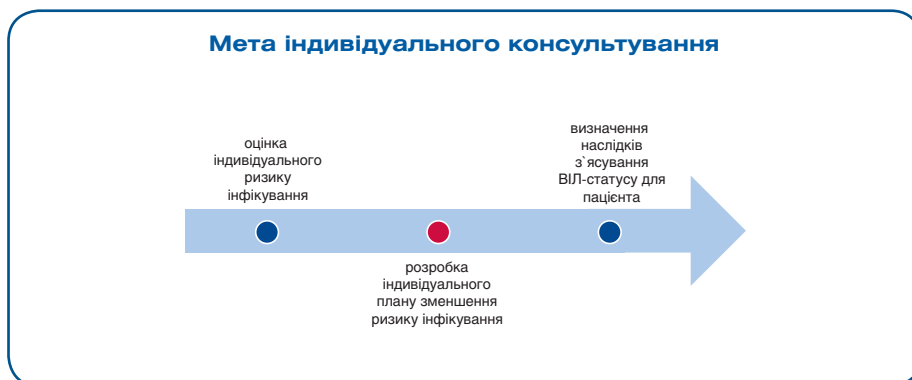
Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»	20 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 2.3 «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»
2.	Обговорення «Впровадження алгоритму ДКТ для ЛЗП/СЛ»	10 хв.	-
3.	Рольова гра «Консультування: права ВІЛ-інфікованого пацієнта». Робота в малих групах	30 хв.	Ситуаційні задачі у Додатку 1 до Темі 2.3.
4.	Рольова гра «Передтестове консультування пацієнта». Робота у парах	25 хв.	-
5.	Підбиття підсумків	5 хв.	-

1. Інформаційне повідомлення «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ» (20 хв.)

Тренер нагадує учасникам, що індивідуальне консультування проводиться відповідно до визначеного у Наказі МОЗ України від 19.08.2005 р. №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» порядку.

Метою індивідуального передтестового консультування є оцінка індивідуального ризику інфікування, розробка індивідуального плану зменшення ризику інфікування і визначення наслідків з'ясування ВІЛ-статусу для пацієнта.



Слайд №2 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»

Першою складовою алгоритму ДКТ є звернення пацієнта щодо обстеження на ВІЛ, що передбачає проведення обов'язкового консультування.

Консультант повинен тактовно пояснити причини, на підставі яких він ставить ті чи інші запитання, у тому числі – інтимні, запевнити про конфіденційність інформації, отриманої ним під час консультування та про результати тесту.

Надзвичайно важливо для пацієнта та встановлення довірливих стосунків, щоб перед- та післятестове консультування проводив той самий консультант.

Перед- та післятестове консультування проводить один і той самий консультант!

Консультант повинен:

- тактовно пояснити причини, на підставі яких він ставить запитання з інтимної сфери життя пацієнта;
- запевнити у конфіденційності наданої пацієнтом інформації під час консультування, а також про результати тесту на ВІЛ.

Слайд №3 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»

За бажанням пацієнта ДКТ можуть бути проведені анонімно, але важливо пояснити пацієнту переваги і недоліки такого виду тестування.

Усі особи, яким пропонується пройти тестування, мають право відмовитися від нього. Консультант має докладати всіх зусиль для мотивації пацієнта на проходження тесту, але водночас поважати право пацієнта та його рішення.

**За бажанням пацієнта ДКТ
може бути проведене анонімно**

**Особи, яким пропонується
пройти тестування,
мають право відмовитися**

Слайд №4 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»

Консультанту необхідно надати інформацію всім особам, які звернулись за послугами ДКТ, в тому числі й тим, хто відмовився від тестування, про:

- шляхи передачі ВІЛ;
- профілактику ВІЛ-інфекції;
- можливості отримання додаткової інформації про ВІЛ-інфекцію;
- можливості отримання консультативної, медичної допомоги та психологічної підтримки, якщо існує або виникне така потреба у майбутньому.

Консультант інформує пацієнта про:

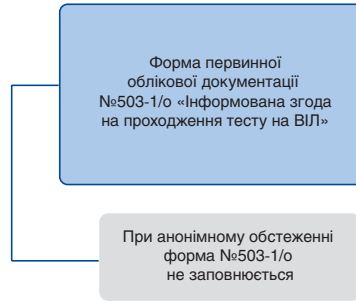
- шляхи передачі ВІЛ;
- профілактику ВІЛ-інфекції;
- можливості отримання додаткової інформації про ВІЛ-інфекцію;
- можливості отримання консультативної, медичної допомоги та психологічної підтримки.

Слайд №5 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»

Після отримання загальної інформації від консультанта щодо профілактики ВІЛ-інфекції й прийняття рішення про тестування на ВІЛ, медичний працівник повинен отримати інформовану згоду пацієнта на його проведення (форма первинної облікової документації №503-1/о «Інформована згода на проходження тесту на ВІЛ»).

Необхідно пам'ятати, що при анонімному обстеженні форма №503-1/о не заповнюється!

Інформована згода пацієнта на тестування



Слайд №6 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»

Відмова пацієнта від передтестового консультування або від заповнення форми №503-1/о не може бути перешкодою для добровільного тестування. У цьому разі, як виняток, лікар робить запис про згоду пацієнта на проходження тесту на ВІЛ з підписом пацієнта у відповідній документації (медична карта).

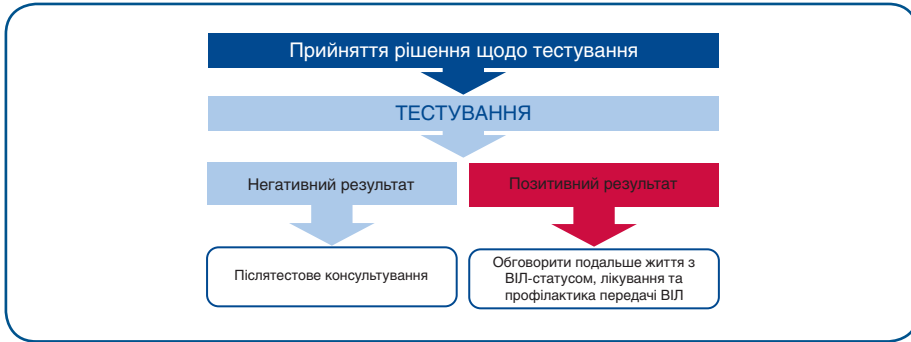
Відмова пацієнта від передтестового консультування або від заповнення форми № 503-1/о:

- не може бути перешкодою для добровільного тестування;
- у цьому разі лікар робить запис про згоду пацієнта на проходження тесту на ВІЛ з підписом пацієнта у відповідній документації (медична карта).

Слайд №7 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»

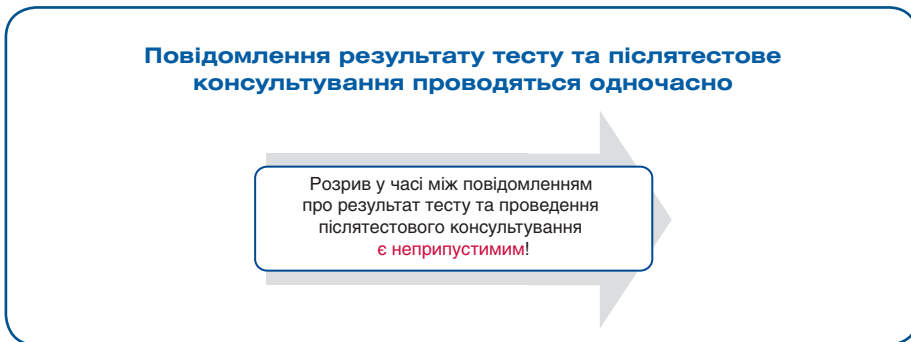
Консультанту необхідно професійно і неупереджено довести пацієнту переваги знання свого ВІЛ-статусу, значення і наслідки результату тесту на ВІЛ, допомогти йому прийняти добровільне свідоме рішення щодо проходження тесту. Консультант має оцінити здатність пацієнта справитися з ситуацією й отримати необхідну підтримку в разі позитивного результату тесту. Після цього пацієнту пояснюється сама процедура тестування.

Далі необхідно обговорити, наскільки пацієнт розуміє значення позитивного та негативного результату тесту, його можливу реакцію на позитивний та негативний результат. Необхідно з'ясувати, який результат тесту очікує пацієнт, а також кому саме зможе пацієнт розказати про результат тесту і хто його зможе підтримати.



Слайд №8 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СП»

Післятестове консультування є конфіденційним діалогом між пацієнтом і консультантом, метою якого є обговорення результатів тесту на ВІЛ, надання необхідної інформації й психологічної підтримки. Повідомлення про результат тесту має обов'язково супроводжуватись післятестовим консультуванням. Розрив у часі між повідомленням про результат і післятестовим консультуванням є неприпустимим.

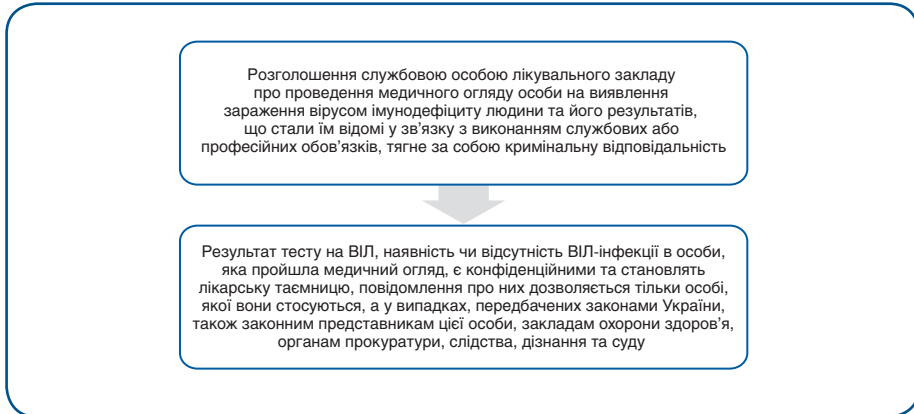


Слайд №9 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СП»

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

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

Результат тесту на ВІЛ, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особі, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними і становлять лікарську таємницю, повідомлення про них дозволяється лише 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.



Слайд №10 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»

При проведенні післятестового консультування при отриманні негативного результату разом з пацієнтом потрібно розробити план зниження ризику інфікування, що повинен відповідати вмінням і здібностям пацієнта, його мотивації щодо зміни певного типу поведінки.

План повинен бути конкретним, вказувати на всі обставини і осіб, які братимуть участь у процесі зменшення ризику, представляти послідовність дій і поступовий рух пацієнта у напрямі зменшення ризику інфікування.

Не слід підтримувати плани, що носять необґрунтований або радикальний характер щодо змін в житті пацієнта. При консультуванні пацієнта з епізодичною чи разовою ризикованою поведінкою (одноразовий випадковий статевий контакт тощо) план зміни поведінки повинен бути відповідно скорегований.

Нагадати, що пацієнт має бути впевнений, що його партнер не є інфікованим і практикує безпечну поведінку щодо інфікування ВІЛ. Якщо пацієнт перебуває у довготривалих стосунках, необхідно обговорити з ним можливість і наслідки результатів тесту на ВІЛ для дискордантної пари.

Консультування: негативний результат

Мета:

розробити план зниження ризику інфікування, що повинен відповідати вмінням та здібностям пацієнта, його мотивації щодо зміни певного типу поведінки

Слайд №11 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»

Післятестове консультування при позитивному результаті тесту передбачає кризове консультування, психологічну підтримку в сприйнятті діагнозу і допомогу в плануванні майбутнього, як найближчого, так і віддаленого.

Пріоритетним завданням є забезпечення розуміння пацієнтом результату тесту і надання йому допомоги у визначенні можливості підтримки й ресурсів для того, щоб подолати ситуацію.

Консультант повинен у зрозумілій формі повідомити пацієнту про результат тесту, уникаючи специфічної термінології. Пояснити, що цей результат свідчить про інфікування ВІЛ. За вимогою пацієнта видати йому довідку про результат тесту (форма №503-2/о).

Консультант має пояснити, що це не означає, що пацієнт вже хворий на СНІД або обов'язково має одразу захворіти, надати йому можливість усвідомити значення результату і надати психологічну підтримку, запитати, як він розуміє цей результат. Консультант повинен переконатися, що пацієнт правильно зрозумів значення отриманого результату, із співчуттям віднестись до психологічного стану пацієнта, і пояснити, що потрібен час на те, щоб адаптуватися до цього, але згодом він зможе навчитись жити з ВІЛ.

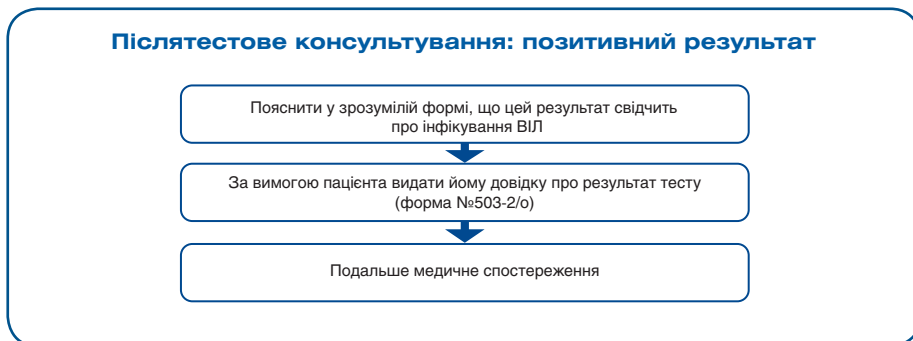
Консультант має запитати пацієнта, чи є хтось, хто може підтримати його зараз.

Консультант повинен поінформувати пацієнта, що на даний час існує можливість отримання лікування антиретровірусними препаратами, що дозволяє перевести прогресуючий перебіг ВІЛ-інфекції у хронічний, тим самим подовжити термін життя ВІЛ-інфікованої людини і покращити його якість. Якщо пацієнт не готовий до бесіди, запропонувати йому прийти на повторні консультації й надати відповідні інформаційні матеріали.

Консультант має з'ясувати у пацієнта зрозумілість інформації, яку він отримав, наявність питань, які він хотів би з'ясувати або обговорити.

При потребі пацієнта слід направити до відповідних фахівців.

Необхідно пояснити пацієнту важливість подальшого медичного обстеження. Консультант і пацієнт мають обговорити його наміри щодо можливості повідомлення про ВІЛ-позитивний статус своїм лікарям, які можуть надати належну допомогу, якщо вони знатимуть, що він є ВІЛ-позитивним. Варто пояснити пацієнту порядок подальшого медичного нагляду.



Слайд №12 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»

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.

Післятестове консультування: відповідальність ВІЛ-інфікованого пацієнта

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

Слайд №13 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»

Далі пропонується узагальнена схема алгоритму ДКТ для ЛЗП/СЛ:



Слайд №14 презентації «Алгоритм ДКТ для ЛЗП/СЛ»

2. Обговорення «Впровадження алгоритму ДКТ для ЛЗП/СЛ» (10 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися про те, які саме запитання у них виникли або ж здалися складними і потребують уточнення, як би вони розставили акценти у розглянутій темі. Тренер відповідає на запитання учасників.

Запитання для обговорення

1. Наскільки можливе впровадження алгоритму ДКТ для лікаря ЛЗП/СЛ у його практичній діяльності?
2. Наскільки важливим є дотримання Алгоритму в організації ефективної медичної допомоги?
3. Які перешкоди і труднощі виникають під час діяльності ЛЗП/СЛ у профілактиці ВІЛ/СНІДу?
4. Чи доцільно у медичних установах розробити Локальний протокол з ДКТ на ВІЛ для різних фахівців?

До уваги тренера!

Важливо, щоб учасники розуміли, що їх завдання – бути інформованими про основні складові успішного передтестового та післятестового консультування.

3. Рольова гра «Консультування: права ВІЛ-інфікованого пацієнта». Робота в малих групах (30 хв.)

Тренер об'єднує учасників у 3–6 груп (у залежності від кількості учасників великої групи, але так, щоб у одній групі було не більше 5–6 осіб) та кожній групі пропонує ситуаційну задачу.

Згідно з цією задачею учасники мають розіграти рольову гру щодо консультування ВІЛ-інфікованого пацієнта із дотриманням його прав у конкретній ситуації й з використанням технік консультування і вимог нормативно-правових актів. Час підготовки – 10 хв.

Ситуаційні задачі представлено у Додатку 1 до Теми 2.3.

Після того, як час на підготовку вичерпано, проводиться презентація рішення кожної з груп (якщо час не дозволяє презентувати всім групам, з них обирається 1–2 для презентації).

Інші учасники спостерігають за презентацією групи (по ходу не коментуючи та не даючи порад), по завершенні презентації кожної групи тренер ставить запитання для обговорення у такій послідовності:

1. З огляду на ваші відчуття, чи впоралися ви із завданням? (Запитання до групи, яка презентувала).
2. Як можна було би підвищити ефективність консультації? Що вдалося групі, а що варто було б підсилити? (Запитання до всіх учасників).

4. Рольова гра «Передтестове консультування пацієнта». Робота у парах (25 хв.)

Тренер запитує в учасників, хто з них мав досвід консультування пацієнта стосовно тестування на ВІЛ? Яким був цей досвід/результат консультації?

Тренер пропонує учасникам спробувати проконсультувати пацієнта щодо проходження тесту на ВІЛ і наголошує, що такий досвід може стати у нагоді при роботі з пацієнтами.

Тренер об'єднує учасників у пари або трійки, в залежності від кількості учасників групи. Кожна пара до початку отримання завдання визначає, хто буде грати ролі пацієнта, а хто спробує себе в ролі консультанта. У разі, якщо учасники працюють в трійках, то визначається ще й роль спостерігача за консультацією.

Далі тренер дає ситуаційне завдання для кожної пари. Учасники, з позиції своїх ролей, мають програти консультацію, і отримати певний результат, залежно від умов задачі: відмову, згоду тощо. Учасники можуть самі додумувати обставини консультації, анамнез пацієнта, якщо такий не вказаний в умові, й інші важливі, в контексті завдання, обставини.

Для проведення консультації в парах (трійках) тренер дає учасникам 15 хв., всі малі групи працюють паралельно.

Запитання для обговорення

1. Чи легко було виконати завдання?
2. Що було найскладнішим?
3. Які коментарі й рекомендації можна надати щодо проведення перед-тестового консультування після отримання такого досвіду?

5. Підбиття підсумків (5 хв.)

У ході підбиття підсумків сесії тренер підкреслює надважливість індивідуального консультування щодо прийняття рішення про тестування з дотриманням алгоритму ДКТ, розкриває особливості впровадження алгоритму ДКТ у практиці ЛЗП/СЛ, акцентує увагу на важливості дотримання принципів ДКТ, а також прав пацієнтів, зокрема ВІЛ-інфікованих, що позитивно вплине на якість медичної допомоги.

Контрольні запитання

- Назвіть, яким нормативним документом визначається проведення ДКТ.
- Назвіть основні вимоги до консультанта.
- Назвіть основні права пацієнта щодо проведення консультування.
- Назвіть основні права пацієнта щодо проведення тестування на ВІЛ.
- Назвіть нормативну умову права пацієнта на проведення тестування.
- Яким законодавчим актом регулюється право пацієнта у виборі лікаря?
- Назвіть обов'язки медичного працівника щодо результатів тестування.
- Яким законодавчим актом встановлюється відповідальність лікаря за незаконне розголошення лікарської таємниці і яким чином?
- Назвіть основні складові алгоритму ДКТ для лікаря загальної практики сімейного лікаря.

Література

1. Конституція України.
2. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
3. Цивільний кодекс України.
4. Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я».
5. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
6. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки».
7. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ. В помощь консультанту [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://hivmed.od.ua/published/dobrovolnoe_konsultirovanie_i_testirovanie_v_pomosh.pdf.
8. Формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп найвищого ризику серед медичних працівників / О. Виноградова, І. Раус. – К., 2014. – 118 с.

Ситуаційні задачі до Теми 2.3

ЗАДАЧА 1

ВІЛ-інфікована жінка у пологовому будинку народила дитину. Вона не дозволила проводити АРВ профілактику дитині, і повідомляти чоловіка про її ВІЛ-позитивний статус.

Запитання

Які дії лікаря загальної практики/сімейного лікаря у частині профілактики ВІЛ-інфекції?

ЗАДАЧА 2

ВІЛ-інфікована вагітна, яка вживає наркотики в/в, відмовляється від проведення АРВ профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

Запитання

Які дії лікаря загальної практики/сімейного лікаря у частині профілактики ВІЛ-інфекції?

ЗАДАЧА 3

Лікар загальної практики/сімейний лікар отримав позитивний на ВІЛ результат швидкого тесту в молодого чоловіка 27 років, який надає комерційні сексуальні послуги.

Запитання

Які дії лікаря загальної практики/сімейного лікаря у частині профілактики ВІЛ-інфекції?

ЗАДАЧА 4

Лікар загальної практики/сімейний лікар отримав позитивний на ВІЛ результат швидкого тесту в молодій жінці 21 року, яка вживає наркотики в/в.

Запитання

Які дії лікаря загальної практики/сімейного лікаря у частині профілактики ВІЛ-інфекції?

ЗАДАЧА 5

Лікар загальної практики/сімейний лікар отримав позитивний на ВІЛ результат швидкого тесту в юнака 17 років.

Запитання

Які дії лікаря загальної практики/сімейного лікаря у частині профілактики ВІЛ-інфекції?

ТЕМА 2.4. «ПРИНЦИПИ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ. СКРИНІНГОВІ ТА ВЕРИФІКАЦІЙНІ ДОСЛІДЖЕННЯ» (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання:

1. Ознайомити учасників з інформацією про сучасні методи лабораторної діагностики.
2. Ознайомити учасників з інформацією про біологічні матеріали, які використовують для дослідження ВІЛ-інфекції.
3. Ознайомити учасників із методиками дослідження на ВІЛ-інфекцію.
4. Ознайомити учасників із організацією скринінгових та верифікаційних обстежень на ВІЛ-інфекцію.
5. Розглянути з учасниками порядок первинних скринінгових обстежень на ВІЛ-інфекцію.
6. Ознайомити учасників із порядком та вимогами до обстеження на ВІЛ-інфекцію швидкими тестами.

Очікувані результати для учасників:

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - основні сучасні лабораторні методи діагностики;
 - основні вимоги до використання біологічних матеріалів для дослідження на ВІЛ-інфекції;
 - особливості організації скринінгових досліджень;
 - особливості організації верифікаційних досліджень;
 - особливості призначення обстеження на ВІЛ-інфекцію методом ІФА/методом ПЛР/ за допомогою швидких тестів.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - обирати метод лабораторної діагностики (ІФА/ПЛР/швидкі тести).

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»	15 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 2.4 «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»
2.	Обговорення «Алгоритм дослідження на ВІЛ-інфекцію»	15 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери
3.	Вправа «Проведення скринінгового дослідження». Робота у малих групах	25 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, ситуаційні задачі (див. додаток №1 до Тем 2.4)

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
4.	Інформаційне повідомлення «Експрес-тестування на ВІЛ-інфекцію. Прості/швидкі тести»	15 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 2.4 «Експрес-тестування на ВІЛ-інфекцію. Прості/швидкі тести»
5.	Обговорення «Обстеження на ВІЛ-інфекцію швидкими тестами»	15 хв.	
6.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Інформаційне повідомлення «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження» (15 хв.)

Перспективи підвищення ефективності боротьби з ВІЛ-інфекцією значною мірою пов'язані з впровадженням сучасних методів лабораторної діагностики, яка ґрунтується, перш за все, на методах виявлення протівірусних антитіл, індикації вірусу, його антигенів, генного матеріалу, інших компонентів вірусу.

Матеріалом для серологічних досліджень може бути сироватка (плазма) крові, слина, в яких може знаходитися ВІЛ-інфекція. Проте найбільш придатним матеріалом для лабораторного дослідження є сироватка чи плазма крові.

Сучасні методи лабораторної діагностики

Методи лабораторної діагностики	Біологічні матеріали для дослідження на ВІЛ-інфекцію
виявлення протівірусних антитіл	сироватка (плазма) крові
індикації вірусу, його антигенів, генного матеріалу, інших компонентів вірусу	слина

Слайд №2 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Серед лабораторних досліджень, які забезпечують виявлення ВІЛ-інфекції, переважна роль, беззаперечно, належить методам серологічної діагностики, які спрямовані на визначення антитіл до ВІЛ за допомогою діагностичних тест-систем – спеціальних наборів реактивів для виявлення маркерів ВІЛ-інфекції.

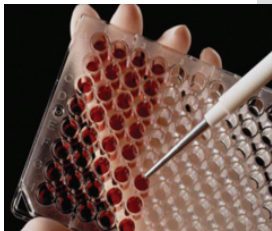


Провідна роль в діагностиці належить методам серологічної діагностики, спрямованим на визначення антитіл до ВІЛ-інфекції за допомогою діагностичних тест-систем

Слайд №3 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

У наш час частіше використовують методи визначення специфічних антитіл за допомогою імуоферментного аналізу.

Серологічна діагностика ВІЛ-інфекції ґрунтується на визначенні сумарного спектру антитіл проти антигенів ВІЛ за допомогою імуоферментного аналізу з подальшим підтвердженням наявності специфічних антитіл із застосуванням спеціального алгоритму досліджень.



Серологічна діагностика ВІЛ-інфекції ґрунтується на визначенні сумарного спектру антитіл проти антигенів ВІЛ-інфекції за допомогою імуоферментного аналізу з подальшим підтвердженням наявності специфічних антитіл із застосуванням спеціального алгоритму досліджень

Слайд №4 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Серологічні обстеження на наявність антитіл до ВІЛ здійснюються в межах скринінгових досліджень і визначають рівень розповсюдження ВІЛ-інфекції. Саме серологічні дослідження слугують показником інфікованості серед окремих контингентів обстежуваних осіб.

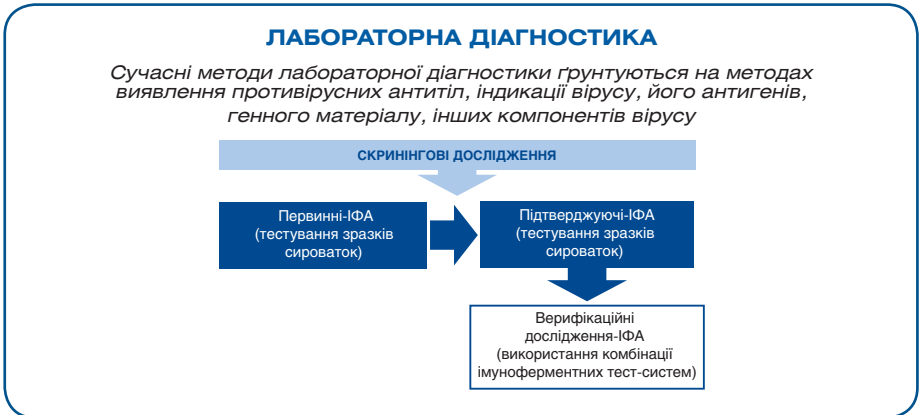
Скринінг являє собою методологічний підхід, який застосовують для обстеження населення чи окремих його контингентів для виявлення певного захворювання, його розповсюженості та факторів, що сприяють виникненню та розвитку епідемічного процесу. Так як скринінгові дослідження носять багатоетапний характер (первинні та підтверджуючі), то можуть бути спрямовані не тільки на виявлення захворювання та його поширення, але й на більш поглиблене обстеження з метою уточнення діагнозу та прийняття рішення про необхідне медичне втручання.



Слайд №5 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

На сьогодні існує декілька методичних підходів до проведення скринінгових досліджень на ВІЛ.

Обстеження, у відповідності з рекомендаціями ВООЗ, проводять з метою забезпечення трансфузійних/трансплантаційних заходів (безпека донорської крові, її продуктів, тканин, органів, сперми, яйцеклітин), діагностики ВІЛ-інфекції та епідеміологічного нагляду. Ці стратегії визначають певний порядок проведення та наступність первинних та підтверджуючих (верифікаційних) досліджень при тестуванні різних груп населення в залежності від мети обстеження та рівня розповсюдження ВІЛ-інфекції.

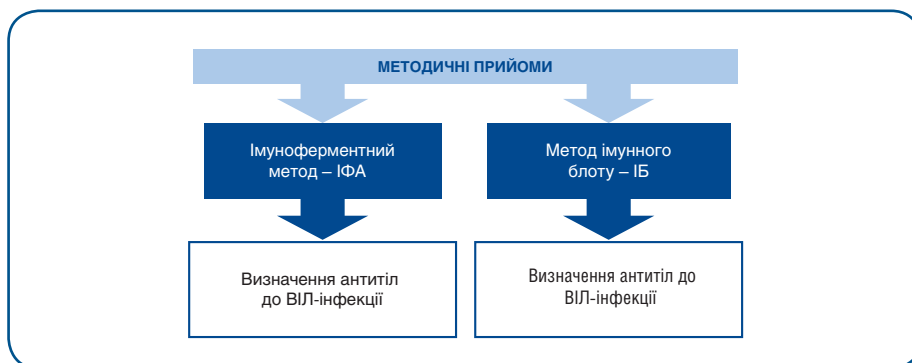


Слайд №6 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

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

ІФА – це метод серологічної діагностики, який спрямований на визначення антигін до ВІЛ за допомогою діагностичних тест-систем – спеціальних наборів реактивів для виявлення маркерів ВІЛ-інфекції.

ІБ – метод дослідження, за допомогою якого здійснюють виявлення антитіл до окремих антигенів вірусу імунодефіциту людини, заснований на комбінації електрофорезу в гелі та реакції антиген-антитіло.



Слайд №7 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Перевага імуноферментного методу тестування зразків сироваток (у порівнянні з методом імуного блоту) полягає в тому, що імуноферментні тест-системи мають більш високу чутливість. Облік результатів тестування здійснюється за допомогою приладів, тому проведення підтверджуючих досліджень із застосуванням їх комбінацій на сьогодні є найбільш доцільним. Крім цього, використання комбінації імуноферментних тест-систем для верифікації наявності антитіл до ВІЛ-інфекції в зразках сироваток значно зменшує вартість досліджень.

Переваги імуноферментного методу у порівнянні з методом імуного блоту

ІФА	ІБ
<ul style="list-style-type: none"> • мають більшу чутливість; • облік результатів тестування здійснюється за допомогою приладів, у зв'язку з чим проведення підтверджуючих досліджень із застосуванням їх комбінацій на сьогодні вважають більш доцільним; • використання комбінації імуноферментних тест-систем для верифікації наявності антитіл до ВІЛ-інфекції в зразках сироваток значно зменшує вартість досліджень. 	<ul style="list-style-type: none"> • можуть бути зареєстровані хибні результати (хибнопозитивні і хибнонегативні); • дорогі методи; • потребують спеціального обладнання; • різні етапи постановки реакції чутливі до чинників навколишнього середовища.

Слайд №8 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

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

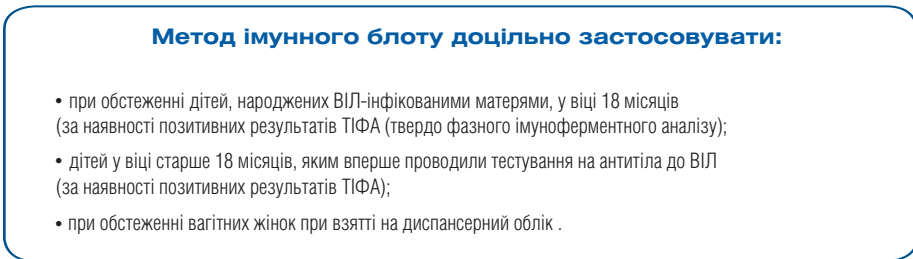


Слайд №9 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Метод імунного блоту доцільно застосовувати в таких випадках:

- при обстеженні дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у віці 18 місяців (за наявності позитивних результатів ТІФА (твердо фазного імуноферментного аналізу);
- дітей у віці старше 18 місяців, яким вперше проводили тестування на антитіла до ВІЛ (за наявності позитивних результатів ТІФА);
- при обстеженні вагітних жінок при взятті на диспансерний облік.

Розділ 2



Слайд №10 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Інтерпретацію результатів досліджень здійснюють відповідно до інструкції для конкретної тест-системи. Разом з тим існують уніфіковані критерії оцінки результатів досліджень, проведених методом ІБ (ВООЗ, CDC). Наприклад, експерти ВООЗ рекомендують такі критерії:

- позитивний результат — виявлення в сироватці антитіл до двох з наступних трьох груп вірусних білків — env, gag або pol;
 - негативний результат — відсутність антитіл до вірусоспецифічних білків;
 - невизначений результат — виявлення в сироватці антитіл тільки до білків з однієї групи — gag або pol.
- Як правило, невизначена реакція пов'язана з наявністю білків-продуктів експресії гена gag ВІЛ-1 p15/18, p24 і p55 і може свідчити як про хибно-позитивну реакцію, так і про можливість інфікування ВІЛ.

Лікарям важливо зрозуміти, що для ІБ, як підтверджуючого тесту, нагальною проблемою постає «невизначений результат». Одна з причин цієї проблеми полягає в тому, що дослідження було проведене в період гострої інфекції (ранньої сероконверсії), коли антитіла до ВІЛ-інфекції представлені не до всіх основних антигенів.

Хибно позитивні результати в ІБ виникають при:

- 1) контамінації вірусного лізату клітинними антигенами при нанесенні на стрипи;
- 2) вагітності досліджуваної особи;
- 3) високому рівні білірубину у зразках сироватки або плазми крові, що досліджуються;
- 4) гемолізі зразка сироватки крові або плазми.

Хибно позитивні результати в ІБ виникають при:

- 1) контамінації вірусного лізату клітинними антигенами при нанесенні на стрипи;
- 2) вагітності досліджуваної особи;
- 3) високому рівні білірубину в зразках сироватки або плазми крові, яку досліджують;
- 4) гемолізі зразка сироватки крові чи плазми.

Слайд №11 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Порядок проведення первинних скринінгових досліджень на наявність анти-тіл до ВІЛ-інфекції: при отриманні позитивного результату в первинному тестуванні, цей же зразок сироватки досліджують вдруге відповідно до умов, викладених в інструкції до тест-системи. Якщо при повторному тестуванні виявлено негативний результат, то сироватка вважається такою, що не містить антитіл до ВІЛ-інфекції. У разі отримання позитивного або сумнівного результату при повторному тестуванні, первинну сироватку направляють для проведення підтверджуючих (верифікаційних) досліджень в лабораторію, якій надано функції проведення таких досліджень. Про направлення зразка сироватки на верифікаційні дослідження роблять відповідний запис у журналі.

Полімеразну ланцюгову реакцію (далі по тексту – ПЛР) завдяки високій чутливості, специфічності, відтворюваності зараз широко використовують для діагностики генетичних і вірусних захворювань.

В основі методу ПЛР лежить унікальна властивість нуклеїнової кислоти (НК), як ДНК, так і РНК, – здатність до саморепродукції, яка відтворюється штучно *in vitro*. При цьому синтезуються лише строго специфічні фрагменти НК.

Цей метод дозволяє виявити генوم ВІЛ-інфекції, вбудований в геном уражених лімфоцитів. Із лімфоцитів, інфікованих ВІЛ-інфекцією, отримують фракцію, що містить РНК (у тому числі РНК вірусу). Потім за допомогою ферменту термостабільної ДНК-полімерази готують численні молекули ДНК-копії, що дозволяє істотно підвищити чутливість методу. Отриману одноланцюгову ДНК сорбують на спеціальних фільтрах, після чого додають ДНК-зонди. У випадку, якщо досліджувані нуклеїнові кислоти не містять генетичного матеріалу ВІЛ-інфекції, мічені зонди не затримуються на фільтрі. По тому, яка частина мітки залишається на фільтрі в результаті гібридизації, роблять висновок про присутність у досліджу-

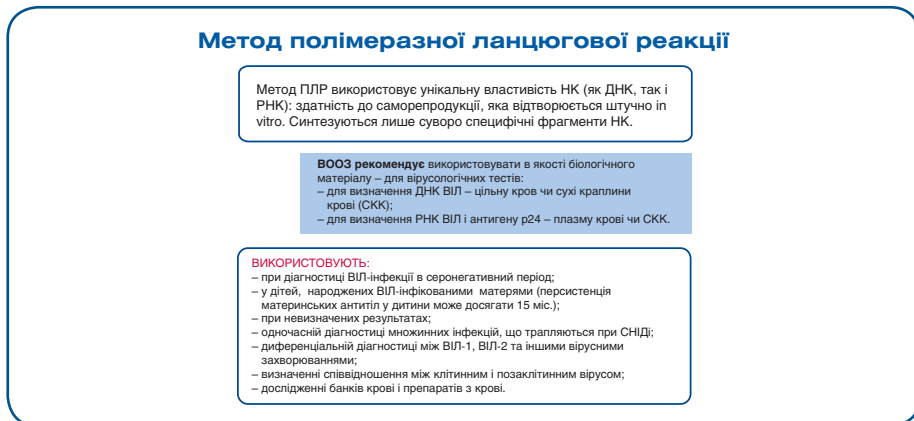
ваних лімфоцитах ВІЛ-інфекції. Як матеріал для дослідження в ПЛР може бути використана ДНК, виділена не тільки з свіжоотриманих клітин і тканин, але із заморожених, висушених або фіксованих препаратів, що мають частково зруйновані нуклеїнові кислоти.



Слайд №12 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Оскільки за допомогою методу ПЛР визначають безпосередньо генетичні структури, він незамінний:

- при діагностиці ВІЛ-інфекції в серонегативний період;
- у дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів (персистенція материнських антитіл у дитини може досягати 15 місяців);
- при невизначених результатах;
- при одночасній діагностиці множинних інфекцій, що трапляються при СНІДі;
- при диференціальній діагностиці між ВІЛ-1, ВІЛ-2 та іншими вірусними захворюваннями;
- при визначенні співвідношення між клітинним і позаклітинним вірусом;
- при дослідженні банків крові і препаратів з крові.



Слайд №13 презентації «Інформаційне повідомлення: «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Контамінація продуктами ампліфікації – одна з головних проблем ПЛР-лабораторії, спричинена потраплянням продуктів ампліфікації в навколишнє середовище при відкриванні пробірок після етапу ампліфікації. Існує ризик контамінації і при ампліфікації в режимі «реального часу».

Хибнонегативні результати частіше пов'язані з порушенням умов зберігання і транспортування біологічних зразків.

На переданалітичному етапі:

- неправильний забір матеріалу;
- забруднення проби домішками, які інгібують ПЛР;
- руйнування ДНК при транспортуванні та зберіганні проби.

На аналітичному етапі:

- низька ефективність екстракції ДНК;
- неякісне видалення інгібіторів ПЛР;
- низька концентрація провірусної ДНК ВІЛ-1 в клітинах крові (найчисленніша причина), висока варіабельність ВІЛ-інфекції.

Помилки методу ПЛР (1)

Контамінація продуктами ампліфікації – одна з головних проблем ПЛР-лабораторії, спричинена потраплянням продуктів ампліфікації в навколишнє середовище при відкриванні пробірок після етапу ампліфікації. Існує ризик контамінації і при ампліфікації в режимі «реального часу».

Хибнонегативні результати – порушення умов зберігання і транспортування біологічних зразків.

На переданалітичному етапі:

- неправильний забір матеріалу;
- забруднення проби домішками, які інгібують ПЛР;
- руйнування ДНК при транспортуванні та зберіганні проби.

На аналітичному етапі:

- низька ефективність екстракції ДНК;
- неякісне видалення інгібіторів ПЛР;
- низька концентрація провірусної ДНК ВІЛ-1 в клітинах крові (найрозповсюдженіша причина), висока варіабельність ВІЛ-інфекції.

Слайд №14 презентації «Інформаційне повідомлення: «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Особливо важливим є метод ПЛР у діагностиці ВІЛ-інфекції у дітей першого року життя. Рання діагностика ВІЛ-інфекції у дітей цього віку в принципі неможлива без застосування ПЛР. Це зумовлено тим, що дитина, яка народилася у ВІЛ-інфікованої матері, обов'язково має антитіла до вірусу імунодефіциту. Неможливо розрізнити материнські й власні антитіла до ВІЛ-інфекції. У неінфікованої дитини ці антитіла елімінуються під впливом власної імунної системи до досягнення віку 6–9 місяців, хоча в окремих випадках можуть циркулювати до 18 міс. життя, але не більше цього терміну.

Варто зазначити, що обстеження методом ПЛР має сенс лише за умови повної відмови від грудного годування дитини ВІЛ-позитивною матір'ю з моменту народження, позаяк ризик зараження доволі високий і складає біля 5%.

Таким чином, ПЛР дозволяє проводити диференціальну діагностику ВІЛ-статусу у дітей раннього віку. Так, якщо має місце позитивний результат ПЛР на НК вірусу імунодефіциту в перші 48 год. життя, то ВІЛ-інфікування відбулося *in utero*. Якщо має місце негативний результат ПЛР в перші 48 год., але стає позитивним у віці 7–14 днів життя, то інфікування відбулося *intrapartum*.

Рання діагностика ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями методом ПЛР

ПЛР дозволяє проводити диференціальну діагностику ВІЛ-статусу у дітей раннього віку.

Якщо має місце позитивний результат ПЛР на НК вірусу імунодефіциту в перші 48 годин життя, то ВІЛ-інфікування відбулося *in utero*.

Якщо має місце негативний результат ПЛР в перші 48 годин, але стає позитивним у віці 7–14 днів життя, то інфікування відбулося *intrapartum*.

Слайд №15 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

2. Обговорення «Алгоритм дослідження на ВІЛ-інфекцію» (15 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо отриманої інформації, акцентує увагу аудиторії на запитаннях, які у неї з'явилися, або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Запитання для обговорення:

1. Який власний досвід Ви маєте щодо організації обстеження на ВІЛ-інфекцію пацієнтів на територіальній дільниці своєї діяльності?

На наступному етапі тренер проводить обговорення запитання:

2. «Яким є маршрут пацієнта для обстеження на ВІЛ-інфекцію» та пропонує одному з учасників групи записувати пропозиції, що звучать у ході обговорення, на аркуші фліпчарту.

Після обговорення тренер презентує слайд №16 презентації до даної теми на екран і підводить підсумки у відповідності до унормованого порядку здійснення обстеження, а саме: залежності від мети тестування, а також рівня поширення інфекції серед обстежуваних контингентів або на конкретній території. Варто пам'ятати, що невизначені результати підлягають ще одному аналізу із використанням додаткового тесту.

Так, сироватки, позитивні до ВІЛ-інфекції після першого ІФА, підлягають повторному дослідженню в двох лунках того ж діагностикуму.

Усі отримані позитивні зразки надходять на референтний етап – дослідження в двох інших ІФА-тест-системах із більш високою специфічністю.

В Україні практикується повторний забір крові для проведення підтверджуючих досліджень за умови отримання позитивного або невизначеногорезультату в ІФА.

Така тактика значно збільшує тривалість очікування остаточного результату тестування на ВІЛ-інфекцію. При наданні інформації щодо невизначеного результату тестування важливо пам'ятати про необхідність повторного тестування через 2–3 тижні.



Слайд №16 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Важливо підкреслити, що тактика проведення підтверджувальних досліджень для діагностичних лабораторій в Україні визначається Референс-лабораторією.

3. Вправа «Проведення скринінгового дослідження». Робота у малих групах (25 хв.)

Тренер об'єднує учасників у 5 груп і кожній групі пропонує ситуаційну задачу.

Учасники малої групи мають відповісти на запитання, поставлене у задачі. Час підготовки – 5 хв.

Після того, як час на підготовку вийшов, групи презентують свої напрацювання, а інші учасники доповнюють за потреби.

Ситуаційні задачі представлено у Додатку 1 до Темі 2.4.

Запитання для обговорення:

1. Чи вірно названі методи діагностики?
2. Які ще методи можна було б застосувати?

4. Інформаційне повідомлення «Експрес-тестування на ВІЛ-інфекцію. Прості/швидкі тести» (15 хв.)

Порядок проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень визначає Наказ МОЗ України від 21.12.2010 р. №1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення».

Для проведення скринінгових досліджень використовують тест-системи для ТІФА та/або швидкі тести.

Для тестування донорської крові, донорів органів, тканин, клітин необхідно використовувати лише тест-системи, що дозволяють одночасно виявляти антитіла до ВІЛ ½ та/або антиген р24 ВІЛ.

Порядок проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень визначають:

- Наказ МОЗ України від 21.12.2010 р. № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення».
- Наказ МОЗ України від 17.09.2015 р. № 718 «Про внесення змін до Наказу МОЗ України від 21.12.2010 р. №1141».

Для проведення скринінгових досліджень використовують тест-системи для ТІФА та/або швидкі тести.

Для тестування донорської крові, донорів органів, тканин, клітин необхідно використовувати лише тест-системи, що дозволяють одночасно виявляти антитіла до ВІЛ ½ та/або антиген р24 ВІЛ.

Слайд №17 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Тестування за допомогою швидких тестів на постійній основі проводять для всіх груп населення, окрім донорів крові, органів, клітин, тканин, сперми та інших біологічних матеріалів, а також дітей у віці до 18 місяців, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів.

Тестування за допомогою швидких тестів проводять для всіх груп населення

ШТ не використовують для тестування:

- донорів крові;
- органів, клітин, тканин, сперми та інших біологічних матеріалів;
- дітей у віці до 18 міс., народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Слайд №18 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Швидкі/прості тести для виявлення антитіл до ВІЛ-інфекції – це діагностичні набори (тест-системи), застосування яких дозволяє отримати кінцевий результат без використання спеціального обладнання для проведення ІФА за дуже короткий термін – від декількох хвилин до години. Мінімальні вимоги до обладнання, технічно проста процедура їх виконання та інтерпретації результатів дослідження сприяють їх широкому впровадженню.

Більшість швидких/простих тестів випускають повністю готовими до застосування, вони мають внутрішній контроль за процедурою виконання, який під-

тверджує якісне проведення тестування (тобто всі компоненти та реагенти тесту спрацювали правильно та правильно було внесено матеріал для дослідження).

Швидкі тести для виявлення антитіл до ВІЛ

Ці діагностичні набори (тест-системи), застосування яких дозволяє отримати кінцевий результат без використання спеціального обладнання для проведення ІФА за дуже короткий термін

Мінімальні вимоги до обладнання і технічно проста процедура їх виконання та інтерпретації результатів дослідження сприяють їх широкому впровадженню

Мінімальні вимоги до обладнання і технічно проста процедура їх виконання та інтерпретації результатів дослідження сприяють їх широкому впровадженню

Слайд №19 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Як матеріал для дослідження можна використовувати зразки цільної крові, сироватки або плазми крові. Застосовують також швидкі тести для визначення антитіл до ВІЛ-інфекції в зразках слини і сечі.

Матеріал для дослідження швидкими тестами

- зразки цільної крові, сироватки чи плазми крові
- зразки слини
- зразки сечі



Слайд №20 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Залежно від мети обстеження для тестування використовують або два швидкі тести відповідно до алгоритму їх послідовного використання, або один швидкий тест.

Проведення скринінгових досліджень з використанням ШТ



Слайд №21 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Один швидкий тест необхідно використовувати:

- а) при обстеженні донорської крові;
- б) при проведенні дозорних епідеміологічних досліджень другого покоління уразливих щодо інфікування ВІЛ-інфекцією певних груп населення (споживачі ін'єкційних наркотиків, особи, які займаються проституцією, чоловіки, що мають секс з чоловіками, тощо);
- в) у пологових будинках при обстеженні жінок з невідомим ВІЛ-статусом із метою призначення АРВ-профілактики за відсутності можливості провести тестування двома швидкими тестами;
- г) в аварійних ситуаціях на робочому місці (тестування пацієнта та медичного працівника).

Один ШТ необхідно використовувати:

При обстеженні донорської крові.

При проведенні дозорних епідеміологічних досліджень другого покоління уразливих щодо інфікування ВІЛ груп населення (СІН, РКС, ЧСЧ, та їх статеві партнери).

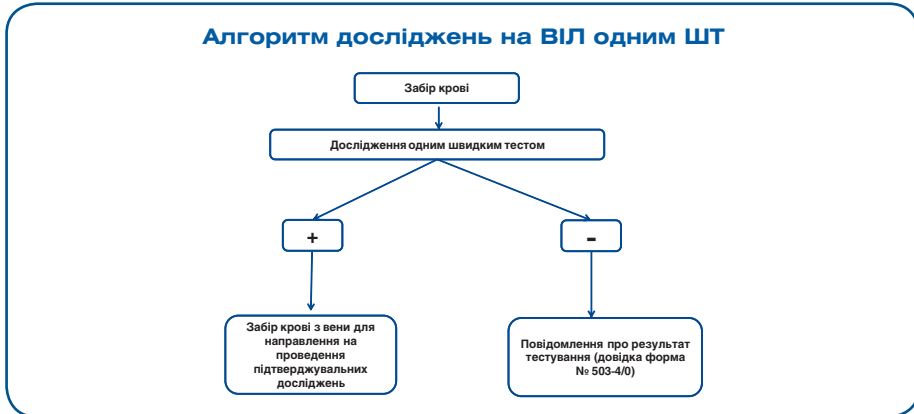
У пологових будинках при обстеженні жінок з невідомим ВІЛ-статусом з метою призначення АРВ-профілактики за відсутності можливості провести тестування двома швидкими тестами.

В аварійних ситуаціях на робочому місці (тестування пацієнта та медичного працівника).

Слайд №22 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Алгоритм досліджень на ВІЛ-інфекцію з використанням одного ШТ представлений на слайді. Усі зразки сироваток, що мають позитивний результат, потребують проведення підтверджувальних досліджень. Для цього здійснюють забір крові з вени та направляють цей зразок для проведення підтверджувальних досліджень.

Алгоритм досліджень на ВІЛ одним ШТ



Слайд №23 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Два швидкі тести необхідно використовувати:

- при обстеженні осіб з метою видачі Довідки про результат дослідження на наявність антитіл до ВІЛ-інфекції (форми №503-4/0 та №503-5/0) у протитуберкульозних, дерматовенерологічних та наркологічних закладах охорони здоров'я;
- при обстеженні осіб з метою видачі Довідки про результат дослідження на наявність антитіл до ВІЛ-інфекції (форми №503-4/0 та №503-5/0) у ЛПЗ невеликих населених пунктів, де відсутні лабораторії, що здійснюють тестування методом ТІФА;
- у пологових будинках при обстеженні жінок з невідомим ВІЛ-статусом з метою призначення АРВ-профілактики;
- при обстеженні осіб, що перебувають у місцях позбавлення волі, з метою встановлення ВІЛ-статусу;
- при реалізації програм тестування в уразливих групах щодо інфікування ВІЛ-інфекцією (виконання проектів неурядових установ та організацій);
- у ЛПЗ МОЗ, що надають послуги ДКТ.

Два ШТ необхідно використовувати:

При обстеженні осіб з метою видачі Довідки про результат дослідження на наявність антитіл до ВІЛ-інфекції (форми №503-4/0 та №503-5/0) у протитуберкульозних, дерматовенерологічних та наркологічних закладах охорони здоров'я.

При обстеженні осіб з метою видачі Довідки про результат дослідження на наявність антитіл до ВІЛ-інфекції (форми №503-4/0 та №503-5/0) у ЛПЗ невеликих населених пунктів, де відсутні лабораторії, що здійснюють тестування методом ТІФА.

У пологових будинках при обстеженні жінок з невідомим ВІЛ-статусом з метою призначення АРВ-профілактики.

При обстеженні осіб, що перебувають у місцях позбавлення волі, з метою встановлення ВІЛ-статусу.

При реалізації програм тестування в уразливих групах щодо інфікування ВІЛ-інфекцією (виконання проектів неурядових установ та організацій).

У ЛПЗ МОЗ, що надають послуги ДКТ.

Слайд №24 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Алгоритм досліджень на ВІЛ-інфекцію з використанням двох ШТ представлений на слайді. При отриманні негативного результату на першому швидкому тесті зразка:

- сироватки – пацієнту надається Довідка про результат дослідження на наявність антитіл до ВІЛ-інфекції (форма №503-4/0);
- цільної крові – лікар проводить післятестове консультування та видає особі Довідку про результати досліджень на антитіла до ВІЛ-інфекції методом імуноферментного аналізу (форма №503-4/0).

При отриманні позитивного результату після першого швидкого тесту здійснюють додаткове дослідження зразка сироватки другим швидким тестом іншого виробника. У разі тестування зразка крові з пальця відразу здійснюють додаткове дослідження нового зразка крові пацієнта.

При отриманні позитивного результату після другого швидкого тесту особи видають Довідку про результати досліджень на антитіла до ВІЛ-інфекції методом ІФА (форма №503-5/0) та направляють до відповідного центру СНІДу з метою додаткового обстеження та взяття на диспансерний облік.

При отриманні негативного результату тестування після другого швидкого тесту зразка цільної крові у пацієнта здійснюють забір крові з вени для направлення на проведення підтверджувальних досліджень.



Слайд №25 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

Результати тестування повідомляються пацієнтам.

При наданні інформації пацієнту щодо негативного результату тестування важливо наголосити:

- 1) негативний результат свідчить про те, що антитіла до ВІЛ-інфекції не виявлені;
- 2) негативний результат свідчить про те, що можливо людина не ВІЛ-інфікована;
- 3) негативний результат свідчить про те, що можливо людина на час тестування знаходилась у стадії «серологічного вікна», тому тестування варто повторити через 3 міс.

Результати тестування повідомляють пацієнту

- Негативний результат свідчить про те, що антитіла до ВІЛ-інфекції не виявлені.
- Негативний результат свідчить про те, що можливо людина не ВІЛ-інфікована.
- Негативний результат свідчить про те, що можливо людина на час тестування знаходилась у стадії «серологічного вікна», і тестування варто повторити через 3 міс.

Слайд №26 презентації «Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження»

5. Обговорення «Обстеження на ВІЛ-інфекцію швидкими тестами» (15 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися складними чи потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Запитання для обговорення:

1. Які можливості для організації обстеження на ВІЛ-інфекцію у Вас є на робочих місцях?
2. Пригадайте, в яких випадках застосовують швидкі тести? Два та один швидких тести?

До уваги тренера!

Під час обговорення та у якості підсумку тренер фіксує на аркуші фліп-чарту або на дошці основні проблеми організації обстеження на ВІЛ-інфекцію швидкими тестами.

Учасники повинні бути мотивованими у внесенні змін у практичній діяльності, щоб удосконалити процес виявлення ВІЛ-інфекції.

Важливо, щоб учасники зрозуміли, що їх основним завданням є правильний вибір методу обстеження пацієнта з проведенням ДКТ у відповідності до прав ВІЛ-інфікованого пацієнта.

6. Підбиття підсумків (5 хв.)

Наприкінці тренер підсумовує основні питання теми, зокрема, про важливість бути інформованими про ЛЗП/СЛ; про сучасні методи лабораторної діагностики; про біологічні матеріали, які використовують для дослідження ВІЛ-інфекції; про методики дослідження на ВІЛ-інфекцію та вміння користуватися ними.

Особливо викладач наголошує на необхідності користуватися швидкими тестами для організації скринінгових досліджень, що сприятиме більш ефективній діагностиці ВІЛ-інфекції серед широких мас населення та позитивно вплине на призупинення епідемії ВІЛ-інфекції.

Контрольні запитання

- Назвіть основні сучасні методи лабораторної діагностики.
- Назвіть основні біологічні матеріали, що використовують для дослідження ВІЛ.
- Що таке скринінгові дослідження на ВІЛ?
- Що таке верифікаційні дослідження на ВІЛ?
- Що таке підтверджуючі дослідження на ВІЛ?
- Що таке метод імуноферментного аналізу?
- Що таке метод імуноблотингу?
- Назвіть переваги методу ІФА перед методом ІБ.
- Назвіть переваги і недоліки методу ІФА на ВІЛ.
- Назвіть переваги і недоліки методу ІБ на ВІЛ.
- Назвіть показання щодо обстеження на ВІЛ методом ІФА.
- Назвіть показання щодо обстеження на ВІЛ методом полімеразної ланцюгової реакції.
- Назвіть показання до обстеження на ВІЛ двома швидкими тестами.
- Назвіть показання до обстеження на ВІЛ одним швидким тестом.
- Назвіть порядок проведення первинних скринінгових досліджень на наявність антитіл до ВІЛ.

Література

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21.12.2010 р. №1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення».
2. Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію : навчальний посібник для лікарів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/491_1_VCT_Guide_u_.pdf.
3. Формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп найвищого ризику серед медичних працівників / О. Виноградова, І. Раус. – К., 2014. – 118 с.

Додаток 1 до Теми 2.4

Ситуаційні задачі до Теми 2.4

ЗАДАЧА 1

Молодий чоловік є споживачем ін'єкційних наркотиків.

Запитання

Який метод обстеження необхідно йому запропонувати?

ЗАДАЧА 2

На робочому місці сталася аварійна ситуація і є ризик ВІЛ-інфікування.

Запитання

Який метод обстеження необхідно запропонувати?

ЗАДАЧА 3

Жінка з дискордантної пари, де ВІЛ-інфікований чоловік.

Запитання

Який метод обстеження необхідно їй запропонувати?

ЗАДАЧА 4

Підліток, 14 років з сім'ї, де батьки вживають наркотики, мав досвід вживання ін'єкційних наркотиків.

Запитання

Який метод обстеження необхідно йому запропонувати?

ЗАДАЧА 5

Дитина, 16 міс., народжена у домашніх умовах, не зареєстрована, під наглядом лікарів не перебувала. Зі слів бабусі, мати 4 міс. тому померла від СНІДу.

Запитання

Який метод обстеження необхідно запропонувати?

ТЕМА 2.5. «ЗАХИСТ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ВІД ІНФІКУВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ» (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання

1. Надати інформацію про вимоги Наказу МОЗ України від 05.11.2013 р. №955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків».
2. Надати інформацію про необхідні засоби захисту від професійного захисту ВІЛ-інфікованих пацієнтів.
3. Ознайомити з порядком екстреної постконтактної профілактики (далі по тексту – ПКП).
4. Ознайомити з організацією першої допомоги при аварійній ситуації.
5. Розглянути з учасниками показання для медикаментозної постконтактної профілактики (далі по тексту – МПКП) та перелік випадків, коли МПКП проводити недоцільно.
6. Ознайомити учасників із порядком спостереження за особою, якій проведена МПКП.

Очікувані результати для учасників:

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - засоби індивідуального захисту від ВІЛ-інфекції;
 - порядок проведення ПКП ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків;
 - порядок першої допомоги особі з ризиком професійного ВІЛ-інфікування;
 - показання до призначення та проведення МПКП;
 - випадки, у разі настання яких призначення МПКП є недоцільним;
 - лабораторні дослідження та організація МПКП.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - дотримуватись заходів, що сприятимуть безпечним умовам праці при наданні медичної допомоги пацієнтам;
 - визначати ступінь ризику інфікування ВІЛ-інфекцією у випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією;
 - надавати першу медичну допомогу у випадку контактування із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією;
 - діяти за законодавчо визначеним алгоритмом у випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією з метою проведення постконтактної профілактики інфікування ВІЛ-інфекції;
 - визначати медичні показники для призначення медикаментозної постконтактної профілактики інфікування ВІЛ-інфекції у медичних працівників та пацієнтів.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ-інфекції на робочому місці»	15 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 2.5 «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ-інфекцією на робочому місці»
2.	Обговорення «Проведення екстреної ПКП у працівників при виконанні професійних обов'язків»	10 хв.	Ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери
3.	Вправа «Порядок проведення екстреної ПКП ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків»	20 хв.	Ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків (6 екземплярів)
4.	Інформаційне повідомлення «Призначення та проведення МПКП»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 2.5 «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ-інфекцією на робочому місці»
5.	Обговорення «Показання для проведення екстреної ПКП»	10 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери
6.	Інформаційне повідомлення «Лабораторні дослідження та організація МПКП. Спостереження за особою, яка мала випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків та отримує МПКП»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 2.5 «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ-інфекцією на робочому місці»
7.	Мозковий штурм «Обстеження працівника з ризиком професійного ВІЛ-інфікування».	10 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери
8.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Інформаційне повідомлення «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ-інфекцією на робочому місці» (15 хв.)

До уваги тренера!

Для визначення рівня знань учасників щодо питань захисту медичних працівників від інфікування ВІЛ-інфекцією на робочому місці, перед початком презентації варто запитати учасників, які нормативні документи вони знають, як вони пов'язані із правилами та нормами захисту медичних працівників від ВІЛ-інфікування на робочому місці.

Варто з'ясувати в учасників, якими правилами вони керуються, надаючи медичні послуги пацієнтам, щоб почуватися у безпеці, якими правилами та нормами нехтують у роботі через незручність, або через інші причини.

Тренеру варто ставити уточнюючі запитання, і уникати коментарів. Уточнюючі запитання дозволять тренеру побачити не лише рівень знань учасників (рівень організації безпеки на робочому місці, дотримання вимог, визначених у законодавстві), а й те, як недостатня обізнаність впливає на поведінку медичних працівників у роботі з пацієнтами.

Потрібно приділити цьому обговоренню не більше 3 хв.

Питання захисту медичних працівників від інфікування ВІЛ-інфекцією на робочому місці визначено у Наказі МОЗ України від 05.11.2013 р. №955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків».

Наказ МОЗ України від 05.11.2013 р. № 955

«Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків»

Слайд №2 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Структура наказу включає:

1) **Перелік та нормативи** застосування засобів індивідуального захисту працівниками, які проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надають медичну допомогу та соціальні послуги людям, які живуть з ВІЛ-інфекцією, або контактують із кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами.

2) **Типову інструкцію** щодо порядку використання засобів індивідуального захисту працівниками, які проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надають медичну допомогу та соціальні послуги людям, які живуть з ВІЛ-інфек-

цією, або контактують із кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами.

3) **Порядок проведення** екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків.

Структура наказу

- 1) Перелік та нормативи застосування засобів індивідуального захисту працівниками, які проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надають медичну допомогу та соціальні послуги людям, які живуть з ВІЛ-інфекцією, або контактують з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами.
- 2) Типову інструкцію щодо порядку використання засобів індивідуального захисту працівниками, які проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надають медичну допомогу та соціальні послуги людям, які живуть з ВІЛ, або контактують з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами.
- 3) Порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків.

Слайд №3 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Відомості про результати тестування на ВІЛ-інфекцію осіб, які отримують постконтактну профілактику (далі по тексту – ПКП) та медикаментозну постконтактну профілактику (далі по тексту – МПКП), є конфіденційними і становлять лікарську таємницю.

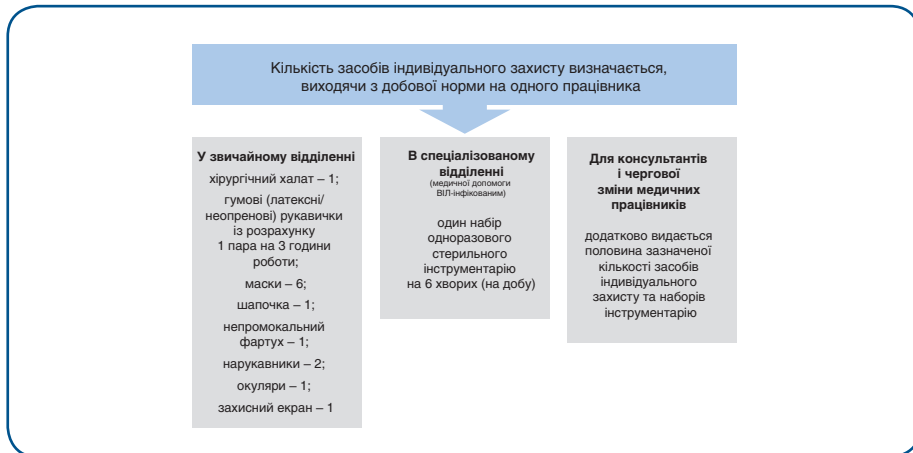
Відомості про результати тестування на ВІЛ-інфекцію осіб, які отримують постконтактну профілактику (ПКП) та медикаментозну постконтактну профілактику (МПКП), є конфіденційними і становлять лікарську таємницю.

Слайд №4 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Кількість цих засобів визначається, виходячи з добової норми на одного працівника, у кількості не меншій ніж: хірургічний халат – 1, гумові (латексні/неопренові) рукавички – з розрахунку 1 пара на 3 години роботи, маски – 6, шапочка – 1, непромокальний фартух – 1, нарукавники – 2, окуляри – 1, захисний екран – 1.


У спеціалізованих відділеннях закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим особам та хворим на СНІД, повинно бути не менше, ніж один набір одноразового стерильного інструментарію на 6 хворих (на добу): для хірургії, для гінекології, для отоларингології, для взяття крові.

Для консультантів і чергової зміни медичних працівників додатково видається половина зазначеної в абзацах другому, третьому цього пункту кількості засобів індивідуального захисту та наборів інструментарію.



Слайд №5 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Медичні працівники з травмами, ранами на руках, ексудативними ураженнями шкіри, які неможливо закрити пов'язкою, звільняються на період захворювання від медичного обслуговування ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД і контакту з предметами догляду за ними.



Медичні працівники з травмами, ранами на руках, ексудативними ураженнями шкіри, які неможливо закрити пов'язкою, звільняються на період захворювання від медичного обслуговування ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД і контакту з предметами догляду за ними

Слайд №6 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Усі маніпуляції з кров'ю і сироватками ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД у лабораторіях повинні виконуватися за допомогою гумових груш, автоматичних піпеток, дозаторів, електровідсмоктувачів.



Усі маніпуляції з кров'ю і сироватками ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД у лабораторіях повинні виконуватися за допомогою:

- гумових груш;
- автоматичних піпеток;
- дозаторів;
- електровідсмоктувачів.

Слайд №7 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Всіх пацієнтів необхідно розглядати як потенційне джерело ВІЛ-інфекції, тому потрібно застосовувати заходи обережності.

Усіх пацієнтів необхідно розглядати як потенційне джерело ВІЛ-інфекції

У всіх випадках надання допомоги застосовувати всебічні заходи обережності:

- засоби індивідуального захисту;
- методику «ковша»;
- методику «нейтрального поля»;
- безпечне транспортування крові.

Слайд №8 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Найбільш безпечним способом надягання ковпачка на голку після використання є «ковшова» методика:

- однією рукою, в якій знаходиться шприц, піддягніть ковпачок голкою;
- нахиліть шприц таким чином, щоб ковпачок «сів» на голку;
- потім, знов таки однією рукою, введіть голку в ковпачок, а іншою рукою щільно притисніть ковпачок до канюли.

Не можна згинати або ламати голки, намагатися вийняти використану голку зі шприца.

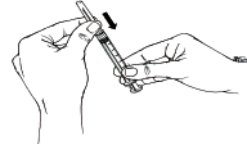
Метод «нейтрального поля». Щоб уникнути ушкодження шкіри при передаванні інструментів від однієї людини до іншої, необхідно використовувати лоток (столік) у якості нейтрального поля. Якщо колега просить передати йому інструмент (скальпель, ножиці або шприц з голкою без ковпачка), то слід покласти цей інструмент на «нейтральне поле» (столік, лоток). Колега повинен сам взяти цей предмет із «нейтрального поля».

Надягання ковпачка однією рукою (методика «ковша»)

Етап 1:
підчепить
ковпачок голкою



Етап 2: щільно
надягніть ковпачок



Слайд №9 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Відразу після використання предметів, що ріжуть та колють, їх слід покласти в спеціальний товстостінний скляний, пластмасовий або металевий контейнер. Він має бути розташований як найближче до місця проведення маніпуляції.

Транспортування пробірок із біологічним матеріалом у лабораторію, транспортування крові та її компонентів повинні здійснюватися в щільно закритих (із надійним замком) пластмасових чи металевих контейнерах або пінах.



Вакуїтнери – вакуумні системи для забору крові



Контейнери для використаної інструментації



Контейнер для транспортування пробірок та інструментарію

Слайд №10 презентації «Захист медичних працівників від інфікування на ВІЛ на робочому місці»

Якщо голка при уколi проходить крізь рукавички, то кров із зовнішньої сторони голки частково залишається на рукавичці. Кількість крові, яка потрапляє усередину, при цьому зменшується на 46–86%, що знижує ризик передавання збудників інфекції.

Стерильні медичні (латексні) рукавички слід надягати при контактi зі стерильними тканинами і проведенні інвазійних маніпуляцій. Чисті медичні (латексні) рукавички необхідні при контактi зі слизовими оболонками і неушкодженою шкірою будь-якого пацієнта. Товсті господарські рукавички використовують при митті забрудненого інструментарію і скляного устаткування. При наданні хірургічної або акушерсько-гінекологічної допомоги слід використовувати 2 пари рукавичок.

**Показання до застосування медичних рукавичок
(Постанова КМУ від 18.12.1998 р. № 2026):**

- під час проведення маніпуляцій, пов'язаних з порушенням цілісності шкіри та слизових оболонок;
- при проведенні лабораторних обстежень;
- при обробці інструментарію та білизни;
- під час прибирання приміщень;
- усі маніпуляції з кров'ю та біологічними рідинами.

Слайд №11 презентації «Захист медичних працівників від інфікування на ВІЛ на робочому місці»

Порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків

Перша допомога організується та проводиться негайно після закінчення або переривання випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків.

Перша допомога передбачає обробку місця контакту:

а) при пораненні голкою або іншим гострим інструментом, забрудненим кров'ю чи біологічними матеріалами людини:

- місце контакту промивається водою з милом;
- поранена поверхня тримається під струменем проточної води кілька хвилин або поки кровотеча не припиниться.

За умови відсутності проточної води ушкоджене місце обробляють дезінфікуючим гелем або розчином для миття рук. При цьому не допускається стискання або тертя пошкодженого місця, видавлювання або відсмоктування крові з рани, використання розчину етилового спирту, йоду, перекису водню;

б) при потраплянні крові чи інших потенційно небезпечних біологічних рідин на непошкоджену шкіру місце контакту промивається водою з милом;

в) при укусі з порушенням цілісності шкіри: рана промивається водою, видаляються некротизовані тканини та проводиться обробка рани дезінфікуючим засобом (20% водний розчин хлоргексидину біглюконат, 3% перекис водню); призначається антибактеріальна терапія;

г) при потраплянні крові чи інших потенційно небезпечних біологічних рідин в очі: око промивається водою або фізіологічним розчином. При цьому не допускається: промивання очей милом або дезінфікуючим розчином; знімання контактних лінз під час промивання очей. Після промивання очей контактні лінзи знімаються та обробляються, після чого вони вважаються безпечними для подальшого використання;

г) при потраплянні крові чи інших потенційно небезпечних біологічних рідин на слизову оболонку ротової порожнини: рідина, що потрапила до ротової порожнини, випльовується, ротова порожнина декілька разів промивається водою або фізіологічним розчином; для промивання ротової порожнини не допускається використання мила чи дезінфікуючих розчинів.

Перша допомога – обробка місця контакту

При пораненні голкою чи іншим гострим інструментом, забрудненим кров'ю чи біологічними матеріалами людини	<ul style="list-style-type: none">• поранену поверхню тримають під струменем проточної води кілька хвилин або поки кровотеча не припиниться;• місце контакту промивають водою із милом;• за умови відсутності проточної води ушкоджене місце обробляють дезінфікуючим гелем чи розчином для миття рук. При цьому не допускається стискання чи тертя пошкодженого місця, видавлювання чи відсмоктування крові з рани, використання розчину етилового спирту, йоду, перекису водню.
При потрапленні крові чи інших потенційно небезпечних біологічних рідин	<ul style="list-style-type: none">• на непошкоджену шкіру місце контакту промивають водою з милом.
При укусі з порушенням цілісності шкіри	<ul style="list-style-type: none">• рана промивають водою, видаляють некротизовані тканини та проводять обробку рани дезінфікуючим засобом (20% водний розчин хлорексидину біглоконат, 3% перекис водню);• призначають антибактеріальну терапію.
При потрапленні крові чи інших потенційно небезпечних біологічних рідин в очі	<ul style="list-style-type: none">• око промивають водою чи фізіологічним розчином; при цьому не допускається промивання очей милом чи дезінфікуючим розчином; знімання контактних лінз під час промивання очей. Після промивання очей контактні лінзи знімають та обробляють, після чого вони вважаються безпечними для подальшого використання.
При потрапленні крові чи інших потенційно небезпечних біологічних рідин на слизову оболонку ротової порожнини	<ul style="list-style-type: none">• рідина, що потрапила до ротової порожнини, випльовується, ротову порожнину декілька разів промивають водою чи фізіологічним розчином; для промивання ротової порожнини не допускається використання мила чи дезінфікуючих розчинів.

Слайд №12 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Перша допомога організовується та проводиться негайно після закінчення або переривання випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків.

Порядок проведення екстреної ПКП ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків

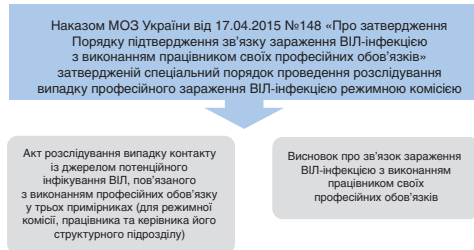
*Перша допомога організовується та проводиться **негайно після закінчення чи переривання випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків***

Слайд №13 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Із метою забезпечення реалізації прав медичних та соціальних працівників, які заразилися ВІЛ-інфекцією внаслідок виконання професійних обов'язків, Наказом МОЗ України від 17.04.2015 р. №148 «Про затвердження Порядку підтвердження зв'язку зараження ВІЛ-інфекцією з виконанням працівником своїх професійних обов'язків» затверджений спеціальний порядок проведення розслідування випадку професійного зараження ВІЛ-інфекцією режимною комісією, до складу якої входять: голова (заступник головного лікаря, який згідно з розподілом функціональних обов'язків відповідає за охорону праці) та члени режимної комісії (керівники структурних підрозділів, лікар-інфекціоніст, спеціаліст із питань охорони праці або посадова особа, на яку роботодавцем покладено виконання функцій з охорони праці, представник первинної профспілки (а у разі відсутності проф-

спілки – уповноважена найманими працівниками особа з питань охорони праці). Протягом п'яти робочих днів складається акт розслідування випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією, пов'язаного з виконанням професійних обов'язку у трьох примірниках (для режимної комісії, працівника та керівника його структурного підрозділу) та висновок про зв'язок зараження ВІЛ-інфекцією з виконанням працівником своїх професійних обов'язків.

Забезпечення реалізації прав медичних та соціальних працівників, які заразилися ВІЛ-інфекцією внаслідок виконання професійних обов'язків



Слайд №14 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

2. Обговорення «Проведення екстреної ПКП у працівників при виконанні професійних обов'язків» (10 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися, або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер запитує в учасників про те, чи забезпечені вони на робочому місці засобами захисту від ВІЛ-інфекції, чи наявні умови застосування порядку проведення екстреної ПКП.

Після обговорення необхідно на фліпчарті позначити основні проблеми організації екстреної ПКП.

3. Вправа «Порядок проведення екстреної ПКП ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків» (20 хв.)

Тренер запитує в учасників про те, хто з них ознайомлений зі змістом Наказу МОЗ України від 05.11.2013 р. №955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків».

На наступному етапі тренер об'єднує учасників у 6 малих груп. Кожна група отримує копію Порядку проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків (Наказ МОЗ України від 05.11.2013 р. №955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків»).

Потім тренер подає інструкцію до вправи для всіх груп:

Кожна група отримує номер розділу даного Порядку, в якому вона повинна виділити найголовніші пункти. Це мають бути ті пункти, які, на думку учасників, вкрай важливо знати ЛЗП-СЛ.

Тренер розподіляє по групах розділи Порядку, які вони мають опрацювати протягом 10 хв. (6 розділів).

Обговорення в малих групах та визначення ключових пунктів здійснюється протягом 5 хв. Обирається спікер від групи, який зачитує витяги з розділу та пояснює, чому саме ці пункти були обрані. Представлення напрацьованих груп кожним спікером здійснюється за хронологією розділів Порядку. Після цього тренер проводить загальне обговорення вправи в колі.

Після презентації тренер виводить на екран слайд «Алгоритм післяконтактної профілактики ВІЛ-інфекції» і, підсумовуючи складові Порядку проведення ПКП, коментує його.



Слайд №15 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

4. Інформаційне повідомлення «Призначення та проведення МПКП» (10 хв.)

Призначення та проведення МПКП

- якщо працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, звернувся за допомогою **протягом 72 годин після контакту**;
- якщо мав місце **контакт з кров'ю, потенційно небезпечними біологічними рідинами** (сперма, вагінальні виділення, грудне молоко, спинномозкова, синовіальна, плевральна, перитонеальна, перикардіальна чи амніотична рідини), потенційно безпечними **біологічними рідинами, які містять домішки крові** (слина, виділення з носової порожнини, піт, сльози, сеча, кал, блювотиння, мокротиння) шляхом: проникнення крізь шкіру щойно використаної порожнистої голки чи іншого гострого предмета із забрудненням кров'ю; глибокого уколу (чи проколу), або потрапляння біологічних рідин людини на слизову оболонку, або тривалого (>15 хвилин) контакту їх з пошкодженою шкірою (тріщини, садна); контакту крові особи та працівника закладу охорони здоров'я у разі нанесення цьому працівнику фізичних ушкоджень, при укусі, носовій кровотечі;
- якщо **при обстеженні особи**, з кров'ю чи біологічними матеріалами якої відбувся випадок контакту, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, **отримано позитивний результат на антитіла до ВІЛ або її ВІЛ-статус невідомий**;
- якщо при обстеженні працівника, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, **отримано негативний результат на антитіла до ВІЛ**.

Слайд №16 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Медичні показання для призначення МПКП:

а) якщо працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, звернувся за допомогою протягом 72 год. після контакту;

б) якщо мав місце контакт з кров'ю, потенційно небезпечними біологічними рідинами (сперма, вагінальні виділення, грудне молоко, спинномозкова, синовіальна, плевральна, перитонеальна, перикардіальна або амніотична рідини), потенційно безпечними біологічними рідинами, які містять домішки крові (слина, виділення з носової порожнини, піт, слюзи, сеча, кал, блювотиння, мокротиння) шляхом:

- проникнення крізь шкіру щойно використаної порожнистої голки, або іншого гострого предмета із забрудненою кров'ю;
- глибокого уколу (чи проколу), або потрапляння біологічних рідин людини на слизову оболонку, або тривалого (> 15 хв.) контакту з пошкодженою шкірою (тріщини, садна);
- контакту крові особи та працівника закладу охорони здоров'я у разі нанесення цьому працівнику фізичних ушкоджень, при укусі, носовій кровотечі;

в) якщо при обстеженні особи (з кров'ю чи біологічними матеріалами) відбувся випадок контакту, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, отримано позитивний результат на антитіла до ВІЛ-інфекції або її ВІЛ-статус невідомий;

г) якщо при обстеженні працівника, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, отримано негативний результат на антитіла до ВІЛ-інфекції.

Недоцільне призначення МПКП

Якщо працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, **звернувся за допомогою через 72 години після контакту** (такій особі рекомендовано консультування, тестування на ВІЛ-інфекцію та подальше спостереження).

Якщо працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, **має документальне підтвердження позитивного ВІЛ-статусу**.

У разі контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ низького ризику інфікування ВІЛ при виконанні професійних обов'язків:

- при потрапленні потенційно небезпечних біологічних рідин на неушкоджену шкіру;
- при контакті з потенційно безпечними біологічними рідинами (слина, виділення з носової порожнини, піт, слюзи, сеча, кал, блювотиння і мокротиння), що не містять домішок крові;
- при контакті з потенційно небезпечними біологічними рідинами людини, про яку відомо, що її кров не містить антитіл до ВІЛ (за винятком тих осіб, у кого є високий ризик нещодавнього інфікування на ВІЛ та перебування у «періоді вікна» – серонегативному періоді між інфікуванням та появою антитіл до ВІЛ).

Слайд №17 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Випадки, у разі настання яких призначення МПКП є недоцільним:

а) якщо працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, звернувся за допомогою через 72 год. після контакту (такій особі рекомендовано консультування, тестування на ВІЛ-інфекцію та подальше спостереження);

б) якщо працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, має документальне підтвердження позитивного ВІЛ-статусу;

в) у разі контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією низького ризику інфікування ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків:

- при потраплянні потенційно небезпечних біологічних рідин на неушкоджену шкіру;
- при контакті з потенційно безпечними біологічними рідинами (слина, виділення з носової порожнини, піт, слюзи, сеча, кал, блювотиння і мокротиння), які не містять домішок крові;
- при контакті з потенційно небезпечними біологічними рідинами людини, про які відомо, що її кров не містить антитіл до ВІЛ-інфекції (за винятком тих осіб, у кого є високий ризик нещодавнього інфікування на ВІЛ-інфекцію та перебування у «періоді вікна» – серонегативному періоді між інфікуванням та появою антитіл до ВІЛ-інфекції).

За наявності показань до призначення МПКП працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаного із виконанням професійних обов'язків, направляється відповідальною особою до лікаря, який відповідає за призначення МПКП ЗОЗ, де відбувся випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ при виконанні професійних обов'язків, або до іншого ЗОЗ, що проводить таку профілактику

Слайд №18 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

За наявності показань до призначення МПКП працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаного із виконанням професійних обов'язків, направляється відповідальною особою до лікаря, який відповідає за призначення МПКП ЗОЗ, де відбувся випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ при виконанні професійних обов'язків, або до іншого ЗОЗ, що проводить таку профілактику.

Лабораторні дослідження та організація МПКП



Слайд №19 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

5. Обговорення «Показання для проведення екстреної ПКП» (10 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися складними та потребують уточнення. Тренер запитує в учасників про те, як вони засвоїли матеріал щодо показань екстреної ПКП у працівників при виконанні професійних обов'язків та умови, за яких ПКП проводити недоцільно.

Після обговорення необхідно на фліпчарті позначити основні проблеми організації екстреної ПКП.

До уваги тренера!

Важливо, щоб учасники зрозуміли умови захисту від ВІЛ-інфекції, а у разі виникнення т. зв. «аварійної» ситуації вміли проводити екстрену ПКП, щоб уберегти працівника від можливого ВІЛ-інфікування.

6. Інформаційне повідомлення: «Лабораторні дослідження та організація МПКП. Спостереження за особою, яка мала випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків та отримує МПКП» (10 хв.)

Працівнику, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією, пов'язаного із виконанням професійних обов'язків, проводяться такі основні лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові з визначенням кількості еритроцитів, рівня гемоглобіну, кількості лейкоцитів, підрахунком лейкоцитарної формули та кількості тромбоцитів на початку МПКП, через 2 тижні, 4 тижні МПКП, а також за наявності клінічних показань;
- визначення біохімічних показників функції печінки: активність аланінамінотрансферази (АЛТ) та рівень білірубину крові на початку МПКП, через 2 тижні, 4 тижні МПКП, а також за наявності клінічних показань;
- визначення азоту сечовини та креатиніну сироватки крові, розрахунок кліренсу креатиніну на початку МПКП, через 2 тижні, 4 тижні МПКП, а також за наявності клінічних показань;
- основні серологічні тести на наявність інфекцій, зумовлених вірусами гепатитів С і В (анти-ВГС і HBsAg) на початку ПКП;
- працівнику, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, проводиться лабораторне дослідження на сифіліс (реакція Вассермана – RW або на антитіла до *Treponema Pallidum* методом імуноферментного аналізу) через 4 тижні після такого контакту.

За результатами лабораторних досліджень лікарем-інфекціоністом призначається МПКП та проводиться моніторинг побічних реакцій на лікарські засоби.

МПКП призначається за основною або альтернативною схемою антиретровірусної терапії для наївних пацієнтів (1-го ряду), які ґрунтуються на посиленому інгібіторі протеази, відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії

у дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551.

Підтверджена (підозрювана) резистентність ВІЛ-інфекції до лікарських засобів у особи (з кров'ю чи біологічними рідинами), в якій відбувся випадок контакту, пов'язаний із виконанням професійних обов'язків, є обґрунтуванням для призначення працівникові, що мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків, індивідуальної схеми МПКП з урахуванням даних дослідження резистентності ВІЛ-інфекції.

Для вибору та обґрунтування індивідуальної схеми МПКП з урахуванням анамнезу антиретровірусної терапії, її тривалості, схем, дотримання режиму, ефективності або невдачі лікування у особи (з кров'ю або чи біологічними рідинами), в якій відбувся випадок контакту, пов'язаний із виконанням професійних обов'язків, залучається лікар-інфекціоніст, який пройшов тематичне удосконалення з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти.

При отриманні інформації про порушення режиму або припинення МПКП необхідно провести консультування з урахуванням кількості пропущених доз препаратів та часу, що минув після останнього прийому препаратів. При цьому необхідно враховувати таке:

- якщо схема МПКП перервана внаслідок побічних реакцій лікарських засобів і при цьому пройшло менше 72 год. після прийому останньої дози препарату, рекомендується відновити МПКП із застосуванням альтернативної схеми МПКП;
- якщо схема МПКП перервана і при цьому пройшло менше 24 год. після прийому останньої дози препарату, рекомендується негайно прийняти пропущену дозу препарату, продовжити МПКП відповідно до режиму та провести консультування з питань формування прихильності до вживання препаратів згідно з рекомендаціями лікаря;
- якщо схема МПКП перервана і при цьому пройшло 24–72 год. після прийому останньої дози препарату, рекомендується відновити МПКП із застосуванням альтернативної схеми та провести консультування з прихильності;
- якщо схема МПКП перервана і при цьому пройшло понад 72 год. після прийому останньої дози препарату, рекомендується припинити МПКП.

МПКП призначається після отримання інформованої згоди пацієнта на проведення МПКП інфікування ВІЛ та інформованої добровільної згоди пацієнта на обробку персональних даних формами, затвердженими Наказом МОЗ України від 22.05.2013 р. №410

Слайд №20 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

МПКП призначається після отримання інформованої згоди пацієнта на проведення МПКП інфікування ВІЛ-інфекцією та інформованої добровільної згоди

пацієнта на обробку персональних даних за формами, затвердженими Наказом МОЗ України від 22.05.2013 р. №410, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 06.06.2013 р. за №902/23434.



Слайд №21 презентації «Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці»

Клінічне спостереження за особою, яка мала випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків та отримує МПКП

1) За особою, якій призначено МПКП, проводиться спостереження щодо дотримання нею режиму лікування та появи можливих побічних реакцій антиретровірусних лікарських засобів згідно з вимогами нормативних документів МОЗ України.

2) Повторний огляд працівника, якому призначена МПКП, проводиться через 48–72 години від її початку з метою оцінки самопочуття працівника та відстеження ознак непереносимості антиретровірусних лікарських засобів. У разі необхідності надається психологічна підтримка.

Надалі звернення працівника до ЗОЗ для спостереження у зв'язку з прийомом антиретровірусних лікарських засобів та їх можливою побічною дією рекомендовано через 1 тиждень після початку МПКП (за потреби), через 2 тижні (обов'язково), через 3 тижні (за потреби), через 4 тижні (обов'язково).

3) Тестування на ВІЛ-інфекцію проводиться не пізніше, ніж у перші 5 днів після звернення, а в подальшому через 6 тижнів, 12 тижнів та 6 міс. після контакту, навіть якщо прийнято рішення не проводити МПКП.

4) У разі встановлення, що працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків, інфікувався гепатитом С від особи (з кров'ю чи біологічними матеріалами), в якій відбувся випадок контакту, та мав ко-інфекцію вірусу гепатиту С/ВІЛ, спостереження рекомендується продовжити до 12 міс. для виключення коінфікування ВІЛ-інфекції.

5) Якщо у працівника, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків, при спосте-

реженні виявили ВІЛ-інфекцію (відбулася сероконверсія), його направляють до спеціалізованого ЗОЗ для проведення відповідного консультування та надання медичної допомоги.

7. Мозковий штурм «Обстеження працівника з ризиком професійного ВІЛ-інфікування» (10 хв.)

Тренер пропонує учасникам назвати ті фактори, які негативно впливають на проведення повноцінної МПКП. У той час, коли учасники називають різні фактори, тренер малює на фліпчарті квітку, після чого записує на кожній з її пелюстків назву конкретного фактору.

До уваги тренера!

Важливо, щоб учасники зрозуміли алгоритм обстеження та спостереження за особою, яка мала випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків та отримує МПКП. Учасники повинні усвідомити, що ці знання позитивно впливають не лише на психоемоційний стан працівника, а й на профілактику ВІЛ-інфекції.

8. Підбиття підсумків (5 хв.)

Наприкінці тренер підсумовує основні питання теми, зокрема, як важливо дотримуватись правил захисту від професійного ВІЛ-інфікування. При цьому тренер наголошує на обов'язковості застосування засобів індивідуального захисту та на діях працівника у разі професійної «аварійної» ситуації, що є головним у профілактиці виникнення ВІЛ-інфекції у медичного працівника внаслідок надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам.

Контрольні запитання

- Назвіть основні засоби індивідуального захисту від професійного ВІЛ-інфікування.
- Як має вчинити адміністрація ЗОЗ щодо спеціаліста з травмами, ранами на руках, ексудативними ураженнями шкіри, які неможливо закрити пов'язкою?
- Як швидко має бути організована перша допомога при «аварійній» ситуації?
- У яких працівників проводиться екстрена ПКП при виконанні професійних обов'язків? Що таке підтверджуючі дослідження на ВІЛ-інфекцію?
- Назвіть лабораторні дослідження та організація МПКП.
- Назвіть порядок спостереження за особою, яка мала випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків та отримує МПКП.
- Назвіть показання щодо обстеження на ВІЛ-інфекцію методом полімеразної ланцюгової реакції.

- Назвіть показання до обстеження на ВІЛ-інфекцію двома швидкими тестами.
- Назвіть показання до обстеження на ВІЛ-інфекцію одним швидким тестом.
- Назвіть порядок проведення первинних скринінгових досліджень на наявність антитіл до ВІЛ-інфекції.

Література

1. Наказ МОЗ України від 05.11.2013 р. №955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків».
2. Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію: навчальний посібник для лікарів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/491_1_VCT_Guide_u_.pdf.
3. Формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп найвищого ризику серед медичних працівників / О. Виноградова, І. Раус. – К., 2014. – 118 с.

РОЗДІЛ 3. ЗАГАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО АРТ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ

ТЕМА 3.1. АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ: КЛАСИ АНТИРЕТРОВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ, МЕХАНІЗМ ЇХ ДІЇ, ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ, РЕЗИСТЕНТНІСТЬ, ВЗАЄМОДІЯ З ІНШИМИ ЛІКАРСЬКИМИ ПРЕПАРАТАМИ (3 ГОД. 00 ХВ.)

Завдання

1. Надати інформацію щодо класів антиретровірусних препаратів (далі по тексту – АРВП) та механізму їх дії.
2. Ознайомити з існуючими схемами антиретровірусної терапії (далі по тексту – АРТ).
3. Розглянути побічні реакції, які виникають на фоні прийому АРТ, причини їх виникнення та способи корекції.
4. З'ясувати особливості АРТ при різних опортуністичних інфекціях та особливості взаємодії АРТ з іншими лікарськими засобами.
5. Розглянути питання моніторингу ефективності АРТ та резистентності ВІЛ.

Очікувані результати для учасників

Після вивчення теми учасники будуть знати:

- основні класи АРВП;
- механізм дії АРВП;
- сучасні схеми АРТ;
- побічні реакції, які виникають на фоні прийому АРТ;
- моніторинг ефективності АРТ;
- особливості взаємодії АРТ з іншими лікарськими засобами.

**ПІДТЕМА 3.1.1. ЦІЛІ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ.
ОСНОВНІ КЛАСИ АНТИРЕТРОВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ
(45 ХВ.)**

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Мозковий штурм «Поняття антиретровірусна терапія»	5 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, презентація до підтеми 3.1.1 «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи препаратів»
2.	Інформаційне повідомлення «Сучасні підходи до антиретровірусної терапії»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.1 «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи препаратів»
3.	Інформаційне повідомлення «Цілі АРТ: вірусологічна, імунологічна, клінічна, терапевтична, епідеміологічна»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.1 «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи препаратів»
4.	Інформаційне повідомлення «Історія антиретровірусної терапії»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.1 «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи препаратів»
5.	Інформаційне повідомлення «Основні класи антиретровірусних препаратів»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.1 «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи препаратів»
6.	Обговорення «Дія антиретровірусних препаратів на основі життєвої ланки ВІЛ-інфекції»	10 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, маркери, презентація до підтеми 3.1.1 «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи препаратів»
7.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Мозковий штурм «Поняття антиретровірусна терапія» (5 хв.)

Вже минуло більше 20 років з моменту відкриття першого антиретровірусного препарату; відомі основні класи АРВП, їх механізм дії; достатньо даних про побічні реакції АРВП та про те, як з ними боротися, але поки що існує неоднозначна думка щодо лікування ВІЛ-інфекції та антиретровірусної терапії.

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Які асоціації у вас виникають із поняттям «антиретровірусна терапія?». Учасники називають, а тренер фіксує всі їх вислови на фліпчарті. Мозковий штурм дає можливість тренеру зрозуміти рівень обізнаності аудиторії щодо антиретровірусної терапії.

Мозковий штурм

«Які асоціації у Вас виникають з поняттям «антиретровірусна терапія» (АРТ)?»



Слайд №4 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Після мозкового штурму тренер переходить до інформаційного повідомлення.

2. Інформаційне повідомлення «Сучасні підходи до антиретровірусної терапії» (5 хв.)

На сучасному етапі можливості АРТ не дозволяють говорити про повне вилікування від ВІЛ-інфекції. Як пацієнтам, так і лікарям слід налаштуватися на позитивне лікування. Кінцева ціль ВІЛ-медицини – вилікування – в найближчому майбутньому недосяжна. Але за роки епідемії багато стало відомо і про ВІЛ-інфекцію, шляхи передачі, способи профілактики. Відомо що у ВІЛ-інфікованих можуть народжуватися здорові діти. ВІЛ-інфекція – не вирок, відкриті антиретровірусні препарати, які пригнічують реплікацію ВІЛ-інфекції. У наш час ВІЛ-інфекцію розглядають як хронічне захворювання, яке хоч і невиліковне, але яке можна контролювати за допомогою позитивного прийому антиретровірусних препаратів. Необхідність прийому антиретровірусних препаратів роками представляє велику проблему, як для пацієнтів, так і для лікарів. Підходи до лікування ВІЛ-інфекції оновлюються кожні 2–3 роки, вже розроблені такі схеми лікування, де можливий прийом препаратів 1 раз на добу.

Сучасні підходи до АРТ (1)



Не елімінація ВІЛ-інфекції, а можливість довгого, пожиттєвого лікування ВІЛ-інфекції, такого ж як при будь-якому хронічному захворюванні, наприклад, цукровому діабеті.



Розроблені схеми АРТ, при яких препарати необхідно приймати 1 раз на день.



Необхідність прийому препаратів десятиріччями.



Схеми антиретровірусної терапії удосконалюються та оновлюються.

Слайд №5 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Коли починати АРТ? Це одне із основних питань в лікуванні ВІЛ-інфекції. Прийняття рішення про початок АРТ приймається на підставі оцінки клінічного стану пацієнта, кількості СД4-лімфоцитів та вірусного навантаження. На перший погляд все досить просто: чим менший рівень СД4-лімфоцитів, чим вищий рівень вірусного навантаження, й тим вищий ризик розвитку стадії СНІДу, а значить, тим швидше потрібно розпочинати лікування. Однак, поки спеціалісти не можуть дійти до одностайної думки щодо оптимальних термінів початку лікування. Ризик розвитку стадії СНІДу слід співставляти з ризиком віддалених побічних реакцій та ризиком формування резистентності вірусу. І, насамперед, важливо, щоб сам пацієнт розумів і був готовий приймати АРТ. Кожний пацієнт має право знати про те, чому йому призначили той чи інший препарат. Чим більше пацієнти будуть знати про своє лікування, тим кращими будуть довготривалі результати.

Сучасні підходи до АРТ (2)



Основним предметом дискусій є питання: «Коли розпочинати лікування?»



Підходи в лікуванні ВІЛ-інфекції змінюються кожні 2–3 роки.



Відповідальність за низьку прихильність до лікування з ВІЛ-позитивним пацієнтом розділяє його лікар.

Слайд №6 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Існують чинники, які можуть заважати в призначенні та прийомі АРТ, як з боку медичного працівника, так і пацієнта.

«Претензії» до препаратів АРТ:

- суб'єктивна непереносимість;
- токсичність препаратів (гепато-, нефро-, нейро-, кардіотоксичність);
- необхідність щоденного прийому препаратів;
- велика кількість лікарських засобів;
- взаємодія між препаратами;
- невпевненість у безперервності лікування.

Слайд №7 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Тренер звертається до аудиторії з запитанням: «Чи мали Ви у своїй практиці негативний досвід щодо ставлення до АРТ?».

Після відповідей учасників, тренер наводить 1–2 приклади із власного досвіду щодо небажання пацієнта приймати АРТ через низку суб'єктивних причин, наприклад:

- молодий чоловік відмовляється від прийому препаратів через те, що його батьки не знають про його діагноз, його турбує розкриття статусу ВІЛ-інфікованого перед своєю сім'єю;
- молода жінка припинила прийом АРТ через страх розкриття діагнозу за місцем роботи, тому що досить часто вимушена була приймати ліки в присутності колег.

3. Інформаційне повідомлення «Цілі АРТ: вірусологічна, імунологічна, клінічна, терапевтична, епідеміологічна» (5 хв.)

Цілі антиретровірусної терапії

Вірусологічна:	максимальне пригнічення реплікації ВІЛ-інфекції в організмі.
Імунологічна:	відновлення імунної системи.
Клінічна:	зниження захворюваності опортуністичними інфекціями.
Терапевтична:	оптимізація схем лікування.
Епідеміологічна:	зниження частоти передачі ВІЛ-інфекції.

Слайд №8 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

АРТ є обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, оскільки ефективна АРТ призводить до суттєвого зниження захворюваності та смертності, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією. Метою АРТ є максимальне пригнічення реплікації ВІЛ-інфекції, відновлення функцій імунної системи, подовження та підвищення якості життя ВІЛ-інфікованих, попередження розвитку СНІД-асоційованих захворювань та передачі ВІЛ-інфекції.

З економічного погляду, адекватний доступ до АРТ дозволяє зменшити витрати на лікування опортуністичних інфекцій, стаціонарне лікування та догляд за важкохворими.

У рутинній роботі по веденню ВІЛ-інфікованих пацієнтів, у великій кількості обстежень і призначень, пацієнти та лікарі не повинні забувати про основну ціль лікування – збереження пацієнту нормального самопочуття та якісного життя. Лікування, яке спрямоване тільки на покращення лабораторних показників і не враховує фізичного та психічного стану пацієнта, не може бути ефективним протягом тривалого часу.

Із метою оцінки ефективності чи неефективності лікування можна використувати критерії – вірусологічні, імунологічні, клінічні.

Вірусологічна ціль АРТ

Зниження ВН до мінімального рівня (переважно < 50 коп/мл) і утримання на такому рівні якомога більше часу:

- 1–2 log₁₀ через 4 тижні АРТ;
- < 50 копій/мл через 24–48 тижнів.

Зупинка прогресування хвороби.

Попередження формування резистентності ВІЛ до АРВП.

Слайд №9 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Вірусне навантаження (далі по тексту – ВН) ВІЛ-інфекції у плазмі крові необхідно визначати на початку спостереження за пацієнтом та систематично під час подальшого спостереження, особливо у тих пацієнтів, які отримують АРТ, оскільки ВН є найвагомим показником відповіді на антиретровірусне лікування.

Основною метою лікування є зниження ВН ВІЛ-інфекції до рівня, який не визначається за допомогою наявних лабораторних методів дослідження (нижче 40–75 копій/мл). Якщо так не відбувається – потрібно шукати причину! Оптимально, щоб моніторинг ВН ВІЛ-інфекції протягом усього періоду спостереження пацієнтів проводився з використанням однакових тест-систем для визначення ВН ВІЛ-інфекції. Транзиторне підвищення ВН ВІЛ-інфекції може спостерігатися після вакцинації та за наявності інтеркурентних захворювань. Короткочасне незначне підвищення вірусного навантаження приблизно до 1000 копій/мл («бліп») мають місце без виникнення стійкого штаму вірусу. Вони можуть зумовлюватися як технічними варіаціями при виконанні досліджень, так і біологічними факторами, пов'язаними з реплікацією вірусу. «Бліп» підлягає повторному контролю через 2–4 тижні. Чим старший пацієнт, тим більша вірогідність дискордантної від-

повіді (зниження вірусного навантаження у поєднанні із незначним підвищенням CD4-лімфоцитів).

Імунологічна ціль АРТ

- Відновлення функції імунної системи, як кількісного показника (підвищення кількості CD4-лімфоцитів до нормального рівня), так і якісного (відновлення адекватної патоген-специфічної імунної відповіді).
- Імунологічна відповідь на АРТ дещо запізнюється від ВН.
- Адекватна імунологічна відповідь на лікування – приріст кількості CD4-лімфоцитів в середньому на 150 кл./мкл за рік з прискореним зростанням протягом перших трьох місяців терапії.

Слайд №10 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Кількість CD4-лімфоцитів є основним клінічним індикатором імунодефіциту у інфікованих ВІЛ-інфекцією. Цей показник є найважливішим критерієм у прийнятті рішення про початок АРТ, проведення профілактики ОІ, а також предиктором подальшого прогресування захворювання і виживання пацієнтів, що підтверджується результатами клінічних і когортних досліджень: абсолютна кількість та відсотковий вміст CD4-лімфоцитів має визначатися на початку медичного спостереження за пацієнтом. Важливо, щоб і медичний працівник, і пацієнт були обізнані щодо можливості значних коливань кількості CD4-лімфоцитів, особливо під час гострого захворювання. Рекомендовано проведення двох початкових досліджень кількості CD4-лімфоцитів перед прийняттям рішення про початок лікування, це є особливо актуальним у пацієнтів з безсимптомним перебігом ВІЛ-інфекції.

На показник кількості CD4-лімфоцитів можуть впливати численні фактори, у тому числі лікарські засоби та інтеркурентні захворювання. Чим менша кількість CD4-лімфоцитів перед початком лікування, тим менше шансів, що цей показник коли-небудь повернеться до норми. До числа факторів ризику імунологічної неефективності АРТ на фоні вірусологічної відповіді на лікування відносять низький рівень CD4-лімфоцитів перед початком лікування, вік пацієнтів (можливо це пов'язано з дистрофічними змінами тімуса), ін'єкційне споживання наркотиків, аутоімунні захворювання, цироз печінки. Абсолютна кількість CD4-лімфоцитів 200 і 500 кл./мкл зазвичай відповідають відносній кількості 14% і 29%, відповідно.

Відносна кількість CD4-лімфоцитів, виражена у відсотках, відрізняється більшою сталістю, ніж абсолютна.

Клінічна ціль АРТ

- Збільшення тривалості життя та покращення його якості.
- Відсутність СНІД-індикаторних захворювань (не плутати із СВІС), летальних випадків, зменшення проявів загальних симптомів (наприклад, пов'язаних з побічними реакціями).
- Клінічний успіх лікування залежить від імунологічної та вірусологічної відповіді на лікування.
- Оцінити клінічний ефект не завжди просто.

Слайд №11 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Як правило, покращення клінічного стану відбувається при відновленні вірусологічних та імунологічних показників. Необхідно пам'ятати, що у пацієнтів із безсимптомним протіканням хвороби оцінити клінічну ефективність лікування досить складно, такі пацієнти не уявляють про те, яким був би їхній стан, як би вони не почали АРТ.

Терапевтична ціль АРТ

Підбирати комбіновану схему лікування таким чином, щоб:

- досягти клінічних, вірусологічних та імунологічних цілей;
- зберегти можливість використовувати у майбутньому широкий спектр АРВП;
- попереджати ризик виникнення побічних реакцій;
- допомагати пацієнту дотримуватися режиму лікування.

Слайд №12 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Під терапевтичною ціллю АРТ розуміють досягнення клінічних, вірусологічних та імунологічних цілей; збереження в майбутньому можливості використовувати широкий спектр антиретровірусних препаратів; попередження ризику виникнення побічних реакцій; допомога пацієнту дотримуватися режиму лікування.

Епідеміологічна ціль АРТ

- Антитретровірусна терапія знижує ризик передачі ВІЛ-інфекції в серодискордантних парах (НРТН 052).
- ВООЗ рекомендує забезпечити доступ усім ВІЛ-інфікованим, які знаходяться в серодискордантних парах, до АРТ, незалежно від їх імунологічного статусу.
- Вірогідність передачі ВІЛ-інфекції при будь-якому виді контакту знаходиться в прямій залежності від рівня.
- Математичне моделювання демонструє, що передача ВІЛ-інфекції може бути значно знижена, якщо більше 80% ВІЛ-інфікованих людей отримують АРТ.

Слайд №13 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

З епідеміологічної точки зору, ефективна АРТ, максимально пригнічуючи реплікацію ВІЛ-інфекції в організмі ВІЛ-інфікованої людини, зменшує ризик передачі ВІЛ-інфекції. Таким чином, забезпечення універсального доступу до АРТ для усіх ВІЛ-інфікованих, хто її потребує, є одним із вирішальних чинників зменшення розповсюдження ВІЛ-інфекції, найважливішою складовою ефективною профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Дослідження НРТН 052 найкраще демонструє епідеміологічну роль АРТ у серодискордантних парах. За результатами цього дослідження, вчені з'ясували, що в гетеросексуальних парах, де один із партнерів ВІЛ-інфікований, на 96% знижується ризик інфікування ВІЛ-інфекцією, якщо партнер з ВІЛ-інфекцією отримує ефективну АРТ та має невизначальний рівень вірусного навантаження.

4. Інформаційне повідомлення «Історія антиретровірусної терапії» (5 хв.)

Розвиток АРТ – один із найяскравіших та захоплюючих розділів медицини. На короткому шляху становлення АРТ були як значні успіхи, так і невдалі спроби. Перші роки (1987–1990) дали надію, що ВІЛ-інфекція виліковна. В 1985 р. відбулися клінічні випробування першого антиретровірусного препарату «зидовудин», а в 1987 р. він був схвалений до застосування. Однак результати його застосування щодо монотерапії не виправдали сподівань. Теж саме відбулося і з іншими нуклеозидними інгібіторами зворотної транскриптази (далі по тексту – НІЗТ): диданозин, зальцитабін, ставудин (1992–1994 рр). Інших можливостей лікування ВІЛ-інфекції на той час не було, тому всі обговорення велися навколо вибору НІЗТ, термінів початку лікування та режиму прийому препаратів. Наприклад, обговорювалося питання, чи необхідно пацієнтам прокидатися вночі, щоб прийняти шосту дозу зидовудина.

Історія АРТ (1) Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази

Міжнародна назва	Абревіатура	Рік схвалення FDA
Зидовудин	AZT	1987
Диданозин	ddI	1991
Зальцитабін	ddC	1992
Ставудин	d4T	1994
Ламівудин	3TC	1995
Абакавір	ABC	1999
Тенофовір	TDF	2001
Емтрицитабін	FTC	2003
Абакавір/Ламівудин	ABC/3TC	2004
Тенофовір/Емтрицитабін	TDF/FTC	2004
Зидовудин/Ламівудин	ZDV/3TC	1997
Зидовудин/Ламівудин/Абакавір	ZDV/3TC/ABC	2000

Слайд №14 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Хворі, які інфікувалися в 1980-х, почали вмирати, відкривалися хоспіси, створювалися служби по догляду за хворими. В той же час відбулися значні успіхи в лікуванні опортуністичних інфекцій, котримаксозол, фоскарнет, флуконазол, ганцикловір продовжили, хоч і не надовго, багато життів. Почали говорити про рятівну «загальну профілактику». Але в цілому панувало відчуття безнадійності. З 1989 по 1994 рр. показники захворюваності та смертності були сталими.

У вересні 1995 р. були представлені два дослідження DELTA, ACTG 175, які продемонстрували, що краще починати лікування двома антиретровірусними препаратами. Це, безумовно, був прорив у антиретровірусній терапії. Хоч захворюваність СНІДом за період 1992–1996 рр. знизилася майже вдвічі, проте багато серед ВІЛ-інфікованих помирало. В січні 1996 р. під час проведення 5-ї конференції по СНІДу в Мюнхені обговорювалися питання паліативної допомоги, лікування болю і навіть евтаназії.

У лютому 1996 р. на 3-й конференції по ретровірусам та опортуністичним інфекціям було представлено повідомлення: додавання до схеми терапії ретровіру знижує частоту виникнення СНІДу та смертності із 38% до 22%. Набув поширеності термін «ВААРТ» – високоактивна антиретровірусна терапія.

Історія АРТ (2) Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази

Міжнародна назва	Абревіатура	Рік схвалення FDA
Невірапін	NVP	1996
Делавирдин	DLV	1997
Ефавіренз	EFV	1998
Етравирин	ETR	2008
Рілпівирин	RPV	2011

Слайд №15 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

У червні 1996 р. в розпорядження лікарів надійшов новий клас препаратів – нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ), був зареєстрований невірапін. Ця група препаратів спочатку не викликала такого ентузіазму у лікуванні ВІЛ-інфекції, як інгібітори протеази (ІП). Це пов'язано, перш за все, з тим, що функціональна монотерапія ННІЗТ (додавання ННІЗТ до неефективної схеми) не здійснювала практично ніякого ефекту.

Історія АРТ (3) Інгібітори протеази

Міжнародна назва	Абревіатура	Рік схвалення FDA
Саквінавір	SQV	1995
Ритонавір	RTV/r	1996
Індінавір	IDV	1996
Нелфінавір	NFV	1997
Ампренавір	APV	1999
Лопінавір/ритонавір	LPV/r	2000
Атазанавір	ATV	2003
Фосампренавір	FPV	2003
Тіпранавір	TPV	2005
Дарунавір	DRV	2006

Слайд №16 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Восени 1995 р. між трьома фармацевтичними компаніями (Abbot, Roch, MSD) розпочалася напружена боротьба за лідерство ІП. В результаті напруженої праці з грудня 1995 р. по березень 1996 р. для лікування ВІЛ-інфекції були схвалені саквінавір, ритонавір, індинавір. В червні 1996 р. на всесвітній конференції по СНІДу прозвучало чимало доповідей, які розкривають величезний потенціал ІП в лікуванні ВІЛ-інфекції. З 1994 по 1998 рр. захворюваність СНІДом в Європі скоротилася більш ніж в 10 разів, із 30% до 2,5%. Деякі опортуністичні інфекції перестали реєструватися. Заплановані раніше клінічні випробування щодо опортуністичних інфекцій не могли набрати необхідну кількість пацієнтів. Хоспіси закривалися.

Історія АРТ (4) Інгібітори інтегрази

Міжнародна назва	Абревіатура	Рік схвалення FDA
Ралтегравір	RAL	2007
Долутегравір	DTG	2014
Елвітегравір	EVG	2014

Слайд №17 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Протягом майже десятиріччя розробка інгібіторів інтегрази просувалася досить повільно. Це було пов'язано з відсутністю надійних методів скринінгової оцінки *in vitro* для всіх етапів вбудовування вірусної ДНК. Завдяки відкриттю принципу переноса ланцюга провірусної ДНК в цій області було досягнуто значного прогресу. Так, у 2007 р. був схвалений до застосування перший інгібітор інтенрази – ралтегравір.

Історія АРТ (5)
Інгібітори ко-рецепторів та інгібітори злиття

Міжнародна назва	Абревіатура	Рік схвалення FDA
Інгібітори злиття		
Енфувертид	T-20	2003
Інгібітори ко-рецепторів CXCR4 та CCR5		
Маравірок	MVC	2007

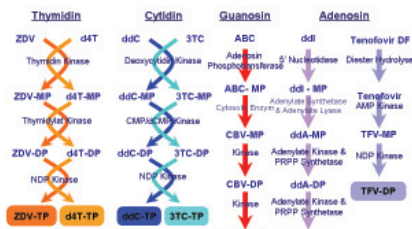
Слайд №18 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

У травні 2003 р. був схвалений перший препарат із групи інгібіторів проникнення – енфувертид. Маравірок з'явився на ринку в 2007 р. Препарати цієї групи відкрили нові можливості у лікуванні ВІЛ-інфекції. Ці препарати мають досить гарний потенціал щодо досягнення протівірусного ефекту у пацієнтів з резистентністю вірусу до НІЗТ, ННІЗТ, ІП. Однак перед призначенням маравірока необхідно виконати аналіз на тропізм вірусу і впевнитися, що у пацієнта вся популяція вірусу складається із R5-тропних вірусів. При призначенні енфувертида необхідно виконувати підшкірні ін'єкції 2 рази на добу, при цьому виникають реакції в місці введення, також при застосуванні енфувертиду при недостатньому пригніченні вірусу швидко розвивається резистентність.

5. Інформаційне повідомлення «Основні класи антиретровірусних препаратів» (10 хв.)

Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (1)

- Дія препаратів спрямована на зворотню транскриптазу – фермент ВІЛ.
- НІЗТ – дефектний матеріал для будівництва, конкуренти природних нуклеозидів.
- НІЗТ – проліки, тільки трифосфатні форми мають протівірусну активність.
- Можуть конкурувати між собою за ділянку зв'язування, якщо стають аналогами одного нуклеозида, наприклад, AZT та d4T – аналоги тимідину, 3TC та FTC – аналоги цитозину, тому не можна одночасно призначати AZT + d4T та 3TC + FTC.
- Схвалено: ABC, ddl, ddC, AZT, 3TC, d4T, TDF, FTC, із них ddC не застосовують у сучасних схемах.



Слайд №19 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Дія препаратів направлена на зворотню транскриптазу – фермент ВІЛ. НІЗТ – дефектний матеріал для будівництва, конкуренти природних нуклеозидів. Вбудовування аналога нуклеозида в формуючий ланцюг ДНК призводить до переривання синтезу ДНК через нездатність цього сполучення утворювати фосфодієфірний зв'язок.

НІЗТ – проліки, вони перетворюються в активні метаболіти тільки після ендцитозу, де і відбувається фосфорилування до трифосфатних похідних. Тільки трифосфатні форми мають протівірусну активність. Можуть конкурувати між собою за ділянку зв'язування, якщо стають аналогами одного нуклеозида, наприклад, AZT та d4T – аналоги тимідину, 3TC та FTC – аналоги цитозину, тому не можна одночасно призначати AZT + d4T та 3TC + FTC.

Управління по контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами США (FDA) схвалені до застосування: зидовудин, диданозин, зальцитабін, ставудин, ламівудин, абакавір, тенофовір, емтрицитабін.

Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (2)

3TC		Елвір (ламівудин 150 і 300 мг, 10 мг – дитяча)
ABC		Зіаген (абакавір 300 мг, 60 і 20 мг, мл – дитяча)
FTC		Емтріва (емтрицитабін 200 мг)
AZT		Ретровір (зидовудин 300 мг., 100 і 250 мг – дит., 10 мг/мл – дитяча)
DDI		Відекс (діданозин 125, 200, 250, 400 мг, 100 мг., порошок 2 і 4 г)
TDF		Віреад (тенофовір 300 мг)

Слайд №20 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Комбіновані препарати

EFV/FTC/TDF		Атріпла (Ефавіренс 600 + Емтрицитабін 200 + Тенофовір 300)
RTV/FTC/TDF		Евілера (Рітравірін 25 + Емтрицитабін 200 + Тенофовір 300)
TDF/FTC		Трувада (Тенофовір 300 + Емтрицитабін 200)
ABC/3TC		Ківекса (Абакавір 600 + Ламівудин 300 або 60/30 мг – дитяча)
AZT/3TC		Комбіавір (Зидовудин 300 + Ламівудин 150 або 60/30 мг – дитяча)
AZT/3TC/ABC		Трізіавір (Зидовудин 300 + Ламівудин 150 + Абакавір 300)

Слайд №21 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (3)

- Зазвичай добре переносяться.
- Характерні клас-специфічні побічні реакції:
 - мітохондріальна токсичність;
 - мієлотоксичність;
 - лактацидоз;
 - полінейропатія;
 - панкреатит;
 - ліпоатрофія.
- Виводяться нирками, рідко вступають у лікарські взаємодії.
- Застосовують у комбінації: зазвичай 2 НІЗТ, в деяких ситуаціях – 3 НІЗТ (+ 1 ННІЗТ або 1 ІП).
- Більшість НІЗТ можна приймати 1 р/добу.

Слайд №22 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

У перші тижні прийому НІЗТ можуть викликати порушення ШКТ. Характерні клас-специфічні побічні реакції: мітохондріальна токсичність, мієлотоксичність, лактацидоз, полінейропатія, панкреатит, ліпоатрофія. Механізм мітохондріальної токсичності: мітохондріям для життєдіяльності також необхідні нуклеозиди, вбудовування «несправжніх» нуклеозидів порушує метаболізм цих важливих органел і вони гинуть.

Застосовують у комбінації: зазвичай 2 НІЗТ, в деяких ситуаціях 3 НІЗТ (+ 1 ННІЗТ або 1 ІП).

Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (1)

- Дія ННІЗТ направлена на зворотню транскриптазу ВІЛ.
- ННІЗТ безпосередньо зв'язуються із зворотною траскриптазою.
- ННІЗТ не потребують внутрішньоклітинної активації.
- ННІЗТ не комбінуються між собою.
- Застосовуються у комбінації з НІЗТ: зазвичай 2 НІЗТ + 1 ННІЗТ.
- Достатньо високий ризик формування перехресної резистентності ВІЛ до препаратів всієї групи.

Слайд №23 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Дія ННІЗТ, як і НІЗТ направлена на зворотню транскриптазу ВІЛ. Але, на відміну від НІЗТ, препарати цієї групи не виступають в якості дефектного будівельного матеріалу, а безпосередньо зв'язуються із зворотною траскриптазою ВІЛ-інфекції. ННІЗТ не потребують внутрішньоклітинної активації. У ННІЗТ достатньо високий ризик формування перехресної резистентності ВІЛ-інфекції до препаратів всієї групи: одна мутація спричиняє резистентність до всього класу ННІЗТ першої генерації. Важливо пам'ятати, що затримка із заміною препарату при вірусологічній неефективній схемі може призвести до стійкості щодо усіх ННІЗТ. Описані випадки формування резистентності до ННІЗТ у жінок, які однократно приймали невірапін під час вагітності з метою профілактики вертикальної трансмісії.

Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (2)

- Схвалено: DLV, NVP, EFV, ETR, RPV, із них DLV не застосовують у сучасних схемах; ETR не застосовують у схемах терапії I ряду.
- Метаболізм ННІЗТ здійснюється за допомогою ізоферментів системи цитохрома Р 450, часто вступають у лікарські взаємодії.
- Характерні клас-специфічні побічні реакції:
 - синдром гіперчутливості (більше у NVP);
 - гепатотоксичність (більше у NVP);
 - висипка (більше у NVP);
 - психоневрологічні порушення (характерно для EFV).

Слайд №24 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Управлінням по контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами США (FDA) схвалені такі лікарські засоби: невірапін, делавердин, ефавіренз, етраверин, рілпівірін. Метаболізм ННІЗТ здійснюється за допомогою ізоферментів системи цитохрома Р450, в результаті цього ННІЗТ часто вступають у лікарські взаємодії.

Характерні клас-специфічні побічні реакції: синдром гіперчутливості (більше у NVP), гепатотоксичність (більше у NVP), висипка (більше у NVP), психоневрологічні порушення (характерно для EFV).

Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (3)

EFV		Стокрін, Суствіа (ефавіренс 600, 200 мг (таб. та капсу.) 50, 100 мг та 30 мг/мл – дитяча)
NVP		Вірамун (невралін 200 мг (таб. та капсу.))
ETR		Інтегенс (етравірін 100 та 200 мг)
RPV		Едюрант (ріпіннавір 25 мг)

Слайд №25 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Наступний клас антиретровірусних препаратів – це інгібітори протеази. Їхня дія спрямована на блокування ферменту ВІЛ-інфекції – протеази. У 1995 р. інгібітори протеази здійснили революцію в лікуванні ВІЛ-інфекції.

Протеаза ВІЛ-інфекції розщеплює поліпротеїн вірусу Gag-Pol на окремі функціональні білки. При блокуванні протеази порушується протеолітичний сплансінг білків, що призводить до утворення нових вібріонів, які не здатні інфікувати клітини.

Хоч ІП критикують за велику кількість таблеток на один прийом та побічні реакції, вони залишаються важливим компонентом схем АРТ. На сьогодні схвалено до застосування 10 ІП: саквінавір, ритонавір, індинавір, нелфінавір, ампренавір, лопінавір, атазанавір, фосампренавір, тіпраанавір, дарунавір, із них SQV, APV, NFV вилучені із сучасних схем та RTV не застосовується в терапевтичних дозах, а в якості «бустера» в дозування 100 мг х 2 р./доб.

Інгібітори протеази (1)

- Дія препаратів спрямована на блокування протеази – фермент ВІЛ.
- При блокуванні протеази порушується протеолітичний сплансінг білків.
- Схвалено: SQV, RTV, IDV, NFV, APV, LPV/rtv, ATV, FPV, TPV, DRV, із них SQV, APV, NFV не застосовують у сучасних схемах.
- Застосовують у комбінації з НІЗТ:
 - зазвичай 2 НІЗТ + 1 ІП;
 - проблематичне поєднання ННІЗТ та ІП.
- У сучасних схемах RTV не використовують як самостійний ІП.
- RTV в малій дозі (100 мг х 2 р./добу) використовують в якості «бустера» для інших ІП.

Слайд №26 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Навіщо посилювати ІП? Ритонавір – сильний інгібітор системи цитохрому P450. Пригнічення ферментів цієї системи призводить до збільшення фармакокінетичних параметрів майже усіх ІП або «посилення дії ІП». Взаємодія між ритонавіром та ІП дає можливість спростити режим прийому препаратів, зменшити дозування, уникнути залежність від прийому їжі. Посилення ритонавіром зазвичай

позначається «/r» після назви, або абривіатурою препарату. При прийомі поси-
лених ІП – резистентність до препаратів формується рідко. Нелфінавір – єдиний
ІП, який не підсилюється ритонавіром, оскільки при їх одночасному прийомі не
підвищується рівень нелфінавіра в сироватці крові.

Інгібітори протеази (2)

- У ІП низький ризик перехресної резистентності.
- Метаболізм ІП здійснюється за допомогою ізоферментів системи цитохрома Р 450, час-
то вступають у лікарські взаємодії.
- Характерні клас-специфічні побічні реакції:
 - порушення метаболізму ліпідів (підвищення рівнів тригліцеридів, холестерину,
ЛПНЩ, ліпопротеїди дуже низької щільності);
 - зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності;
 - аномальний перерозподіл жирової клітковини;
 - розлади ШКТ;
 - інсулінорезистентність і цукровий діабет;
 - гепатотоксичність.

Слайд №27 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи
антиретровірусних препаратів»

Схеми на основі ІП демонструють високу ефективність щодо супресії ВІЛ-
інфекції, гарну переносимість, обмежений спектр побічних ефектів та є добре
вивченими.

Перевагами посиленних ІП є: високий генетичний бар'єр до формування ре-
зистентності, низький ризик перехресної резистентності в межах класу.

Усі ІП пригнічують ізофермент 3A4 системи цитохрому Р450 і вступають у
небажану взаємодію з багатьма лікарськими засобами. Найсильніший інгібітор
системи цитохрому Р450 – ритонавір.


Крім того, що всі ІП порушують дію ШКТ, при тривалому застосуванні при-
зводять до ліподістрофії та порушення ліпідного обміну різного ступеню. Усі ці
моменти необхідно враховувати при призначенні препаратів.

Інгібітори протеази (3)

LPVir		Алвейк (лопінавір + ритонавір 200/50 мг, 100/25 мг – дитяча)
FPV		Телзір (фосампренавір 700 мг.)
SQV		Інеїраза (савінавір 200 мг – капс., 500 мг – таб.)
TPV		Аптіеус (тіпранавір 200 мг капс.)

Слайд №28 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи
антиретровірусних препаратів»

Інгібітори протеази (4)

ATV		Релатаз (атазанавір 100, 150, 200 та 300 мг порошок 180 г)
DRV		Презиста (дарунавір 300, 400, 600 та 800 мг)
RTV		Норвір (ритонавір 100 мг капс. та таб., 80 мг/мл – дитяча)

Слайд №29 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Інгібітори інтегрази (1)

- Дія препаратів спрямована на блокування інтегрази – фермент ВІЛ-інфекції.
- Інтеграза разом із зворотною транскриптазою та протеазою входить в число ключових ферментів ВІЛ-інфекції.
- Схвалено: RAL, DTG, EVT.
- Згідно чинного Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. № 551, в Україні застосовують RAL.
- Не застосовують у схемах терапії I ряду.
- Зазвичай добре переноситься, мало даних щодо віддалених побічних реакціях.

Слайд №30 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Інтеграза бере участь у вбудовуванні провірусної ДНК в геном клітини-господаря. В людських клітинах відсутня інтеграза, тому відбувається селективне інгібування цього ферменту без побічних реакцій. Інгібітори інтегрази часто помилково відносять до інгібіторів проникнення, однак інгібітори не заважають проникненню вірусу в клітину.

Схвалено до застосування: ралтегравір, долутегравір, елвітегравір. Згідно чинного Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551, в Україні ралтегравір не застосовують в схемах терапії I ряду.

Інгібітори інтегрази (2)

- Ралтегравір не є ні індуктором, ні інгібітором системи цитохрому Р 450.
- Основний шлях метаболізму ралтегравіра представлений процесом глюкуронізації, ферментом уридин-діфосфат-глюкокорозилтрансферазою.
- Відсутні дані щодо застосування RAL у дітей та вагітних.
- Резистентність до ралтегравіру розвивається достатньо швидко після вірусологічної невдачі лікування.

Слайд №31 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Ралтегравір не є ні індуктором, ні інгібітором системи цитохрому Р450, тому не очікуються клінічно значимі взаємодії лікарських засобів, які метаболізуються через цю систему. Основний шлях метаболізму ралтегравіра представлений процесом глюкуронізації, ферментом уридин-діфосфат-глюкокорозилтрансферазою УДФ-ГТТ1А1. При одночасному застосуванні ралтегравіру з індуктором УДФ-ГТТ1-А1, таким як рифампіцин, концентрація ралтегравіру в плазмі знижується, що потребує збільшення дози препарату.

Ралтегравір класифікується FDA, як препарат категорії «С» для застосування в період вагітності: не можна виключити ризик несприятливих наслідків для плода; клінічні випробування не проводилися, а експерименти на тваринах або виявили ризик для плода, або також не проводилися; однак прогностична користь від застосування препарату може виправдати його застосування, не дивлячись на можливий ризик для плода. Причиною віднесення до категорії «С» стало формування додаткових ребер у щурів після застосування високої дози препарату.

Резистентність до ралтегравіру може розвиватися двома шляхами: з домінуванням мутації N155H та Q148K/R/H. Генетичний бар'єр у ралтегравіра щодо формування резистентності невисокий.

Інгібітори інтегрази (3)

RAL		Ісентренсс (ралтегравір 400 мг)
EVG		Вітека (елвітегравір 85 та 150 мг)
DTG		Тівікей (долутегравір 50 мг)

Слайд №32 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Інгібітори ко-рецепторів (1)

- Дія препаратів спрямована на блокування зв'язування ВІЛ-інфекції з ко-рецептором.
- Два найбільш значущі ко-рецептори – CCR5, CXCR4.
- За спорідненістю із ко-рецепторами штами ВІЛ-інфекції діляться на R5 тропні та X4 тропні. Віруси із подвійною спорідненістю здатні використовувати обидва ко-рецептори.
- Необхідно визначати тропізм вірусу перед початком лікування.

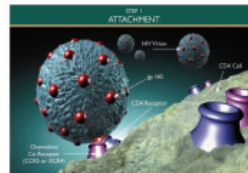
Слайд №33 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Для проникнення в клітину-мішень ВІЛ-інфекції необхідні не тільки CD4-рецептори, але і т.зв. «корекцептори» (допоміжні рецептори). Штами ВІЛ-інфекції для проникнення в клітину використовують або CCR5, або CXCR4 рецептори. R5-тропні віруси інфікують переважно макрофаги; X4-тропні віруси інфікують переважно Т-лімфоцити. У більшості пацієнтів R5-тропні віруси визначають на ранніх стадіях захворювання; X4-тропні віруси з'являються на пізніх стадіях захворювання. Зміна тропізму часто супроводжується прогресуванням хвороби. Важливий індикатор R5-тропізму вірусу – високі показники CD4-лімфоцитів, як у тих хто отримує, так і тих, хто і не отримує АРТ.

У деяких людей експресія CCR5-корекцепторів на поверхні клітин знижена (дефект алеля CCR5 32). Дефект алеля захищає гомозиготних за цим алелем осіб від інфікування статевим шляхом.

Інгібітори CCR5 ко-рецептора (2)

- схвалено MVC;
- не застосовують у схемах терапії I ряду;
- показання для пацієнтів з анамнезом лікування;
- зазвичай добре переносяться;
- метаболізується системою цитохрома P 450.



MVC  Целзентрі (маравірок 150 мг, або 300 мг)

Слайд №34 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Схвалено до застосування: маравірок.

У більшості країн світу маравірок рекомендований пацієнтам, які раніше отримували АРТ.

При неефективності схеми АРТ з інгібітором ССR5-корецепторів, у багатьох пацієнтів спостерігається зрушення у бік Х4-тропних штамів. Така зміна тропізму в основному відбувається через селективний відбір вже існуючих в популяції Х4-тропних штамів, а не виникненням нових штамів в разі мутацій.

Маравірок потребує корекції дози при одночасному використанні із інгібіторами, або індукторами системи цитохрома Р450.

6. Обговорення «Дія антиретровірусних препаратів на основі життєвої ланки ВІЛ-інфекції» (10 хв.)



Слайд №35 презентації «Цілі антиретровірусної терапії. Основні класи антиретровірусних препаратів»

Тренер спочатку звертається до учасників з пропозицією назвати етапи життєвого циклу ВІЛ-інфекції. Тренер акцентує увагу на тому, які саме препарати АРТ діють на кожному з етапів життєвого циклу ВІЛ-інфекції.

Процес проникнення вірусу в СД4-лімфоцит складається із трьох основних етапів:

- прикріплення ВІЛ-інфекції до рецептора СД4;
- прикріплення ВІЛ-інфекції до корецептора;
- злиття вірусу і клітини.

Існуючі інгібітори проникнення (аравірок, енфувертид), блокують цей етап. Препарати цієї групи не блокують реплікацію ВІЛ-інфекції, а взаємодіють із вірусом на ранній фазі його життєвого циклу.

Вірусне ядро, після злиття оболонки вірусу з клітинною мембраною, вивільнюється в цитоплазму клітини-мішені. У цитоплазмі, під дією зворотної транскриптази ВІЛ-інфекції, відбувається синтез провірусної ДНК на матриці вірусної РНК. Блокування цього етапу реплікації відбувається за допомогою нуклеозидних та нуклеотидних інгібіторів зворотної транскриптази (зидовудин, абакавір, невірапін, ефавіренз тощо).

Вірус, після перетворення, проникає в ядро клітини і вбудовується в ланцюг ДНК за допомогою свого ферменту – інтегрази. Блокування цього етапу реплікації відбувається за допомогою інгібіторів інтегрази (ралтегравір, долутегравір).

Вбудований в ДНК-клітини вірус копіює складові майбутнього віріону.

Після того, як усі складові майбутнього вірусу скопійовані, вони виходять із ядра клітини в цитоплазму.

Починається фінальна стадія будівництва – підготовка та нарізання спеціальних білків за допомогою протеази ВІЛ-інфекції.

Інгібітори протеази (лопінавір/ритонавір, дарунавір тощо) ВІЛ-інфекції порушують протеолітичний сплайсінг білків, при цьому утворюються нежиттєздатні віріони.

7. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Тренер акцентує увагу на тому, що антиретровірусна терапія є обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, оскільки ефективна АРТ призводить до суттєвого зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Метою АРТ є максимальне пригнічення реплікації ВІЛ-інфекції, відновлення функції імунної системи, подовження та підвищення якості життя ВІЛ-інфікованих, попередження розвитку СНІД-асоційованих захворювань та передачі ВІЛ-інфекції. Існують основні класи АРВП: НІЗТ, ННІЗТ, ІП, ІІ. Дія препаратів кожного класу спрямована на окрему ланку життєвого циклу ВІЛ-інфекції.

Контрольні запитання

- Назвіть цілі антиретровірусної терапії.
- Що значить вірусологічна ціль АРТ?
- Що значить імунологічна ціль АРТ?
- Що значить клінічна ціль АРТ?
- Що значить епідеміологічна ціль АРТ?
- Механізм дії препаратів класу НІЗТ. Назвіть представників препаратів цього класу.
- Механізм дії препаратів класу ННІЗТ. Назвіть представників препаратів цього класу.
- Механізм дії препаратів класу ІП. Назвіть представників цього класу.
- Механізм дії препаратів класу ІІ. Назвіть представників цього класу.

Література

1. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551.
2. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галант. П. Фал – М. : Р. Валент, 2012. – 528 с.
3. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лікування ВІЛ-інфекції. – М. : Р. Валент, 2011. – 736 с.

ПІДТЕМА 3.1.2. ПОКАЗАННЯ ДО АРТ. СХЕМИ АРТ І РЯДУ. ОБСТЕЖЕННЯ ПЕРЕД ПОЧАТКОМ АРТ (45 ХВ.)

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Показання до початку АРТ (Клінічний протокол антиретровірусної терапії у дорослих та підлітків). Схеми АРТ першого ряду»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.2 «Показання до АРТ. Схеми АРТ І ряду. Обстеження перед початком АРТ»
2.	Інформаційне повідомлення «Рекомендації Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (DHHS), Європейського керівництва по лікуванню ВІЛ-інфекції у дорослих (EACS), ВООЗ щодо початку АРТ»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.2 «Показання до АРТ. Схеми АРТ І ряду. Обстеження перед початком АРТ»
3.	Інформаційне повідомлення «Особливості АРТ при різних ОІ»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.2 «Показання до АРТ. Схеми АРТ І ряду. Обстеження перед початком АРТ»
4.	Інформаційне повідомлення «Спостереження пацієнтів до призначення АРТ»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.2 «Показання до АРТ. Схеми АРТ І ряду. Обстеження перед початком АРТ»
5.	Розгляд ситуаційних задач. Робота в малих групах	10 хв.	Ситуаційні задачі за кількістю груп (Додаток 1 до підтеми 3.1.2), папір для фліпчарту, маркери
6.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Інформаційне повідомлення «Показання до початку АРТ (Клінічний протокол антиретровірусної терапії у дорослих та підлітків). Схеми АРТ першого ряду» (10 хв.)

Медичний супровід ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків, початок та проведення АРТ здійснюють відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551.

Клінічний протокол антиретровірусної терапії у дорослих та підлітків



Затверджено Наказом МОЗ України
від 12.07.2010 р. № 551

Слайд №4 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Показання до початку АРТ у пацієнтів з хронічною ВІЛ-інфекцією

Клінічна ситуація і/або кількість CD4-лімфоцитів	Рекомендації
Будь-яке СНІД-індикаторне захворювання.	Слід розпочинати АРТ
Кількість CD4-лімфоцитів менше 200 кл./мкл, незалежно від наявності симптомів.	
Кількість CD4-лімфоцитів 200–350 кл./мкл, незалежно від наявності симптомів.	
Вагітність, незалежно від вірусологічних, імунологічних чи клінічних показників, з метою проведення профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.	
ВІЛ-асоційована нефропатія.	
Пацієнти з ко-інфекцією ВГВ/ВІЛ за наявності показань до лікування ВГВ-інфекції (препаратами з подвійною активністю проти ВІЛ та ВГВ).	

Слайд №5 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Основними показаннями до призначення АРТ є наявність в анамнезі будь-якого СНІД-індикаторного захворювання та/або зменшення кількості CD4-лімфоцитів менше 350 кл./мкл. Рішення, стосовно призначення АРТ, має ґрунтуватися на результатах двох окремих досліджень кількості CD4-лімфоцитів, проведених з інтервалом у 14–28 днів, для виключення лабораторної помилки та інших причин відхилення показника (наприклад, інтеркурентних захворювань).

АРТ, незалежно від кількості CD4-лімфоцитів, слід розпочинати у таких групах пацієнтів: вагітні жінки, ВІЛ-асоційована нефропатія, пацієнти з ко-інфекцією, вірусний гепатит В та ВІЛ (ВГВ/ВІЛ).

Показання до початку АРТ у пацієнтів з хронічною ВІЛ-інфекцією

Клінічна ситуація /або кількість CD4-лімфоцитів	Рекомендації
Пацієнти з кількістю CD4-лімфоцитів більше 350 кл./мкл, які не відпо-відають жодному із перерахованих критеріїв	Варто обміркувати призначення АРТ у таких випадках: <ul style="list-style-type: none"> – високе ВН ВІЛ (>100 000 копій/мл); – швидке зниження кількості CD4-лімфоцитів (на 120 кл./мкл на рік), що підтверджено двома до-слідженнями з інтервалом у 14–28 діб; – пацієнти віком понад 50 років; – фактори ризику, не асоційованих з ВІЛ-інфекцією, захворювань: ішемічна хвороба серця, злаякісні новоутворення.

Слайд №6 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Призначення АРТ можна обміркувати в окремих пацієнтів з кількістю CD4-лімфоцитів більше 350 кл./мкл: високе ВН ВІЛ (>100 000 копій/мл), швидке зниження кількості CD4-лімфоцитів (на 120 кл./мкл на рік), що підтверджено двома дослідженнями з інтервалом у 14–28 діб, пацієнти віком понад 50 років, фактори ризику не асоційованих з ВІЛ-інфекцією захворювань (ішемічна хвороба серця, злаякісні новоутворення тощо).

Визначення ВН перед початком АРТ необхідне для моніторингу успіху лікування. Окремо рівень ВН не вважається показанням для початку АРТ. Проте у тому випадку, коли ВН становить понад 100 000 копій/мл, зменшення кількості лімфоцитів CD4-лімфоцитів може відбуватися дуже стрімко. В умовах, де визначення ВН не є доступним, для початку АРТ достатньо наявності імунологічних та клінічних критеріїв. Відсутність можливості провести визначення ВН не повинно бути причиною відмови у лікуванні.

Загальні правила призначення початкової схеми АРТ

- Перша схема АРТ повинна включати 3 компоненти, 2 з яких відносяться до класу НІЗТ, третім компонентом може бути препарат класу ННІЗТ чи посилений ІП.

Прийм усіх компонентів схеми АРТ має розпочинатися одночасно!

- Не призначати одночасно ЗТС + FTC.
- На сьогодні ІП застосовують разом із малою дозою ритонавіру (rtv), в якості фармакокінетичного підсилювача (бустера), що дозволяє забезпечити стійкі концентрації ІП.

Слайд №7 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Перша схема АРТ повинна включати 3 компоненти, два з яких відносяться до класу НІЗТ. Прийом усіх компонентів схеми АРТ має починатися одночасно. Проведення лікування неповною схемою (моно- або бітерапія), навіть нетривалий час, є неприпустимим (особливо це стосується НІЗТ та ННІЗТ у межах рекомендованих схем) з погляду на високий ризик розвитку резистентності ВІЛ-інфекції протягом перших місяців (тижнів) лікування. Не рекомендується призначати комбінації: ЗТС + FTC, оскільки обидва компоненти є аналогами цитидину і вступають у конкурентні відносини, що призводить до зниження ефективності. Застосування ставудину (d4T) у будь-яких комбінаціях на сьогодні є не рекомендованим через високу токсичність цього препарату. На сьогодні ІП застосовуються разом з малою дозою ритонавіру (rtv) в якості фармакокінетичного підсилювача (бустера), що дозволяє забезпечити стійкі концентрації ІП, високий індекс інгібування та високий фармакокінетичний бар'єр до розвитку резистентності ВІЛ-інфекції.

Схеми АРТ I ряду, рекомендовані в Україні

Основні препарати в схемах першого ряду	
2 НІЗТ	Тенофовір/Емтрицитабін Тенофовір/Ламівудин
Плюс третій препарат: 1 ННІЗТ або 1 посилений ІП	
ННІЗТ	Ефавіренз
Посилений ІП	Лопінавір/Ритонавір

Слайд №8 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Більшість сучасних схем АРТ мають рівну високу ефективність, проте відрізняються за частотою прийому лікарських засобів, кількістю таблеток для прийому, взаємодією препаратів та можливими побічними реакціями. Схема повинна бути обрана індивідуально для кожного конкретного пацієнта з можливим забезпеченням високого рівня прихильності задля покращання результатів лікування. Індивідуальний підхід повинен враховувати такі особливості: очікувані побічні реакції, зручність прийому, супутні захворювання та стани, взаємодію з іншими медикаментами.

Комбінація TDF/FTC є препаратами вибору як нуклеозидна/нуклеотидна основа схеми АРТ. Призначення ефавірензу (ефавіренцу, EFV) має розглядатися для усіх пацієнтів, які раніше не отримували АРТ, при виборі схеми АРТ. Посилені ІП застосовуються в схемах АРТ для наївних пацієнтів, які мають протипоказання до ННІЗТ.

Альтернативні схеми АРТ I ряду, рекомендовані в Україні

Альтернативні препарати в схемах першого ряду	
2 НІЗТ	Зидовудин + Ламівудин або Абакавір/Ламівудин
Плюс третій препарат: 1 ННІЗТ чи 1 посилений ІП	
ННІЗТ	Невірапін
Посилений ІП	Фосампренавір + Ритонавір або Атазанавір + Ритонавір

Слайд №9 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Комбінація AZT/3TC може лишатися нуклеозидною основою вибору для схем АРТ у вагітних жінок для попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини. Комбінація ABC/3TC має призначатися пацієнтам з негативним результатом дослідження HLA-B*5701 та застосовуватися з обережністю у пацієнтів з ВН ВІЛ вище 100 000 копій/мл та/або високим ризиком серцево-судинних захворювань. В умовах відсутності доступу до дослідження HLA-B*5701 застосування абакавіру є можливим з обов'язковим консультуванням та мониторингом ймовірних проявів синдрому гіперчутливості до абакавіру.

Невірапін (NVP) є альтернативою EFV для жінок, які планують вагітність, або пацієнтів із психічними розладами, або пацієнтів з високим ризиком серцево-судинних захворювань, однак його застосування обмежується з урахуванням гепатотоксичності та кількості CD4-лімфоцитів.

Схеми АРТ з обмеженим застосуванням в Україні

Препарати з обмеженим застосуванням в схемах першого ряду	
3 НІЗТ	<ul style="list-style-type: none"> • Зидовудин + Ламівудин + Абакавір • Тенофовір + Емтрицитабін + Зидовудин • Зидовудин + Ламівудин + Тенофовір

Слайд №10 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Схеми, на основі 3 НІЗТ, не слід застосовувати у рутинній практиці через недостатню вірусологічну активність та нестачу доказових даних. Потенційні переваги схем АРТ на основі 3 НІЗТ, що мають враховуватися при оцінці переваг/ризиків у порівнянні з основними та альтернативними схемами АРТ: менша кількість лікарських взаємодій (зокрема, з рифампіцином), невелика кількість таблеток для прийому протягом доби та можливість уникнути розвитку у пацієнтів побічних ефектів, властивих для препаратів класів ІП та ННІЗТ.

Переваги схем на основі ННІЗТ:

- висока ефективність;
- невелика кількість таблеток для прийому протягом доби;
- визначений спектр побічних ефектів;
- відсутність залежності від прийому їжі;
- менша вираженість порушень ліпідного обміну;
- для EFV:
 - висока ефективність у пацієнтів з початково високим ВН;
 - стабільність противірусного ефекту протягом тривалого часу, підтверджена дослідженнями;
 - можливість одночасного застосування з Рифампіцином при лікуванні ко-інфекції ТБ/ВІЛ;
 - комбінована форма випуску EFV/TDF/FTC (1 таблетка на добу);
- для NVP – переважно гарна переносимість під час вагітності при застосуванні з урахуванням імунологічних обмежень;
- збереження можливості вибору та застосування ІП у майбутньому;
- помірна вартість лікування.

Слайд №11 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Переваги схем на основі ННІЗТ: висока ефективність, невелика кількість таблеток для прийому протягом доби, визначений спектр побічних ефектів, відсутність залежності від прийому їжі, менша вираженість порушень ліпідного обміну.

Для EFV:

- висока ефективність у пацієнтів з початково високою ВН;
- стабільність противірусного ефекту протягом тривалого часу, яка підтверджена дослідженнями;
- можливість одночасного застосування з Рифампіцином при лікуванні ко-інфекції ТБ;
- комбінована форма випуску EFV/TDF/FTC (1 таблетка на добу).

Для NVP:

- переважно гарна переносимість під час вагітності при застосуванні з урахуванням імунологічних обмежень;
- збереження можливості вибору та застосування ІП у майбутньому;
- помірна вартість лікування.

Недоліки схем на основі ННІЗТ (1)

Недоліки ННІЗТ:

- одна мутація спричиняє резистентність до всього класу ННІЗТ першої генерації (EFV, NVP);
- резистентність досить часто виникає у випадках пропуску прийому декількох доз чи перериванні (припиненні) лікування.

Недоліки EFV:

- можливості розвитку психоневрологічних порушень (сонливість, тривожність, пригнічений настрій, порушення сну, страхітливі сновидіння, галюцинації, депресія) (EFV);
- можливість синдрому гіперчутливості (більше при прийомі NVP);
- можливість проявів гепатотоксичності (більше при прийомі NVP).

Слайд №12 презентації: «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Недоліки ННІЗТ:

- одна мутація спричиняє резистентність до всього класу ННІЗТ першої генерації (EFV, NVP);
- резистентність часто виникає у випадках пропуску прийому декількох доз або при перериванні (припиненні) лікування.

Недоліки EFV:

- можливість тератогенного ефекту (серед протипоказань – вагітність або потенційна вагітність);
- можливості розвитку психоневрологічних порушень (сонливість, тривожність, пригнічений настрій, порушення сну, страхітливі сновидіння, галюцинації, депресія);
- можливість синдрому гіперчутливості (менш виражена, ніж при прийомі NVP);
- можливість проявів гепатотоксичності (менш виражена, ніж при прийомі NVP);
- можливість появи висипки (менша частота важких проявів), ніж при прийомі NVP).

Недоліки схем на основі ННІЗТ (2)**Недоліки NVP:**

- можливість появи висипки (більше при прийомі NVP);
- можливість синдрому гіперчутливості (більше при прийомі NVP);
- зрідка – медикаментозний гепатит з фульмінантним перебігом:

Увага! Ризик підвищується у жінок з кількістю CD4-лімфоцитів ≥ 250 кл./мкл та у чоловіків з кількістю CD4-лімфоцитів ≥ 400 кл./мкл.

- У NVP більша кількість небажаних лікарських взаємодій (у тому числі взаємодія з Рифампіцином) у випадку лікування туберкульозу при конфекції ТБ/ВІЛ).
- У NVP ризик розвитку резистентності після однієї дози.

Слайд №13 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ.»

Недоліки NVP:

- висипка;
- можливість синдрому гіперчутливості;
- гепатотоксичність;
- зрідка – медикаментозний гепатит з фульмінантним перебігом:

Увага! Ризик підвищується у жінок з кількістю CD4-лімфоцитів ≥ 250 кл./мкл та у чоловіків з кількістю CD4-лімфоцитів ≥ 400 кл./мкл.

- зрідка – синдром Стивенса-Джонсона;
- за ефективністю поступається EFV;
- більша кількість небажаних лікарських взаємодій (у тому числі взаємодія з рифампіцином у випадку лікування туберкульозу при конфекції ТБ/ВІЛ);
- ризик розвитку резистентності після однієї дози з метою профілактики вертикальної трансмісії (ПВТ);
- взаємодія з метадоном у випадку проведення замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) у споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН).

Переваги схем на основі ІП:

- висока ефективність;
- великий досвід застосування;
- переважно гарна переносимість;
- дуже низький ризик розвитку резистентності;
- низький ризик перехресної резистентності до ІП;
- однаково висока ефективність у пацієнтів з початково високою ВН;
- для LPV/rtv – комбінована форма випуску;
- для LPV/rtv – стабільність протівірусного ефекту протягом тривалого часу, підтверджена дослідженнями;
- для LPV/rtv – досвід застосування, переважно гарна переносимість у вагітних (препарат вибору);
- збереження можливості вибору та застосування ННІЗТ у майбутньому.

Слайд №14 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Переваги схем на основі ІП:

- висока ефективність;
- великий досвід застосування;
- переважно гарна переносимість;
- дуже низький ризик розвитку резистентності;
- низький ризик перехресної резистентності до ІП;
- висока ефективність у пацієнтів з початково високою ВН;
- для LPV/rtv – комбінована форма випуску;
- для LPV/rtv – стабільність протівірусного ефекту протягом тривалого часу, підтверджена дослідженнями;
- для LPV/rtv – досвід застосування, переважно гарна переносимість у вагітних (препарат вибору);
- збереження можливості вибору та застосування ННІЗТ у майбутньому.

Недоліки схем на основі ІП:

- діарея;
- залежність дії від їжі, абсорбція покращується при прийомі їжі;
- класова токсичність ІП (порушення метаболізму ліпідів, гіперглікемія з інсулінорезистентністю);
- взаємодія з Рифампіцином у випадку лікування туберкульозу при конфекції ТБ/ВІЛ;
- вища вартість лікування.

Слайд №15 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

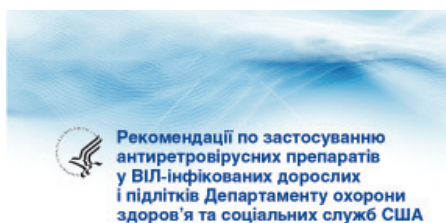
Недоліки схем на основі ІП:

- діарея;
- залежність дії від їжі, абсорбція покращується при прийомі їжі;
- класова токсичність ІП (порушення метаболізму ліпідів, гіперглікемія з інсулінорезистентністю);
- взаємодія з рифампіцином у випадку лікування туберкульозу при конфекції ТБ/ВІЛ.

2. Інформаційне повідомлення «Рекомендації Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (DHHS), Європейського керівництва по лікуванню ВІЛ-інфекції у дорослих, ВООЗ щодо початку АРТ» (10 хв.)

Згідно рекомендацій Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США антиретровірусна терапія рекомендується для усіх ВІЛ-інфікованих, щоб знизити ризик прогресування захворювання.

Рекомендації DHHS щодо початку АРТ



Слайд №16 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Рекомендації DHHS щодо початку АРТ

- Антитретровірусна терапія рекомендована для всіх ВІЛ-інфікованих, щоб знизити ризик прогресування захворювання. Сила та доказовість цієї рекомендації варіюють в залежності від кількості СД4-лімфоцитів:
 - <350 кл./мкл (AI),
 - від 350 до 500 кл./мкл (AII),
 - > 500 кл./мкл (B-III).
- АРТ також рекомендована для ВІЛ-інфікованих осіб з метою запобігання передачі ВІЛ-інфекції. Сила та доказовість цієї рекомендації варіюють в залежності від ризику інфікування:
 - перинатальна передача (AI),
 - гетеросексуальна передача (AI),
 - інші групи ризику передачі (AIII).
- Пацієнти повинні бути готові до початку АРТ і розуміти переваги та ризики терапії.

Слайд №17 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Сила та доказовість цієї рекомендації варіюють в залежності від кількості СД4-лімфоцитів: < 350 кл./мкл (AI); від 350 до 500 кл./мкл (AII); > 500 кл./мкл 3 (B-III). АРТ також рекомендують для ВІЛ-інфікованих осіб з метою запобігання передачі ВІЛ-інфекції. Сила та доказовість цієї рекомендації варіюється в залежності від ризику інфікування: перинатальна передача (AI); гетеросексуальна передача (AI); інші групи ризику передачі (AIII). Пацієнти повинні бути готові до початку АРТ і розуміти переваги та ризики терапії.

Згідно рекомендацій Європейського керівництва по лікуванню ВІЛ-інфекції у дорослих за 2014 р. антитретровірусна терапія рекомендується усім ВІЛ-інфікованим особам, у яких, кількість СД4-лімфоцитів < 350 кл./мкл.

Європейське керівництво по лікуванню ВІЛ-інфекції у дорослих



EACS
European
AIDS
Clinical
Society

Слайд №18 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Рекомендації EACS щодо початку АРТ

- АРТ рекомендована усім ВІЛ-інфікованим особам, у яких кількість СД4-лімфоцитів < 350 кл./мкл.
- Для пацієнтів, у яких СД4 вище цього рівня, рішення щодо початку АРТ повинно прийматися в індивідуальному порядку, особливо якщо пацієнт готовий приймати АРТ:
 - рекомендація R – прийом АРТ рекомендований;
 - рекомендація С – питання щодо прийому АРТ повинно розглядатися і обговорюватися в індивідуальному порядку.

Слайд №19 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Для пацієнтів, у яких СД4 вище цього рівня, рішення щодо початку АРТ повинно прийматися в індивідуальному порядку, особливо якщо пацієнт готовий приймати АРТ:

- рекомендація R – прийом АРТ рекомендується;
- рекомендація С – питання щодо прийому АРТ повинно розглядатися і обговорюватися в індивідуальному порядку.

Рекомендації EACS щодо початку АРТ

Стани та захворювання	CD4 в теперішній час	
	CD4 350–500	CD4 >500
Безсимптомна ВІЛ-інфекції	C	C
З метою попередження передачі ВІЛ-інфекції	C	C
Наявність симптомів СНІД (стадії В і С по класифікації CDC), у т.ч. туберкульоз	R	R
Первинна ВІЛ-інфекція	C	C
Вагітність	R	R
ВІЛ-асоційоване захворювання нирок	R	R
ВІЛ-асоційовані нейрокогнітивні розлади	R	R
Лімфома Ходжкіна	R	R
ВІЛ-асоційовані ракові захворювання	R	R

Слайд №20 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

АРТ рекомендують при таких станах та захворюваннях: наявність симптомів СНІДу (стадії В і С за класифікацією CDC), у т.ч. туберкульоз, вагітність, ВІЛ-асоційоване захворювання нирок, ВІЛ-асоційовані нейрокогнітивні розлади, лімфома Ходжкіна, ВІЛ-асоційовані ракові захворювання, ко-інфекція ВІЛ/ВГВ, ко-інфекція ВІЛ/ВГС при CD4 350–500.

Рекомендації EACS щодо початку АРТ

Стани та захворювання	CD4 в теперішній час	
	CD4 350–500	CD4 >500
Інші (не СНІД-індикаторні ракові) захворювання, які потребують хіміотерапії та/або променевої терапії	C	C
Аутоімунні захворювання	C	C
Високий ризик ССЗ	C	C
Вірусний гепатит В, який потребує лікування від ВГВ	R	R
Вірусний гепатит В, який не потребує лікування від ВГВ	R	C
Вірусний гепатит С, лікування якого призначено або планується	R	C
Вірусний гепатит С, лікування якого нездійснено	R	C

Слайд №21 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Прийом АРТ розглядається і обговорюється в індивідуальному порядку при таких станах та захворюваннях: безсимптомна ВІЛ-інфекція, з метою попередження передачі ВІЛ, первинна ВІЛ-інфекція, інші не СНІД-індикаторні ракові захворювання, які потребують хіміотерапії та/або променевої терапії, аутоімунні захворювання, високий ризик серцево-судинних захворювань (ССЗ), ко-інфекція ВГВ, ВГС при CD4 >500.



Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции

Слайд №22 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

За класифікацією ВООЗ АРТ слід розпочинати в пріоритетному порядку усім ВІЛ-інфікованим особам з 3 або 4 клінічною стадією ВІЛ-інфекції та особам з кількістю СД4-лімфоцитів ≤ 350 кл./мкл.

АРТ слід починати усім ВІЛ-інфікованим особам з кількістю СД4-лімфоцитів > 350 кл./мкл та ≤ 500 кл./мкл, незалежно від клінічної стадії.

АРТ слід починати усім ВІЛ-інфікованим особам, незалежно від клінічної стадії або числа СД4, у таких випадках:

- особи з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ;
- особи з ко-інфекцією ВІЛ/ВГВ, з ознаками тяжкого хронічного ураження печінки;
- партнерам з ВІЛ-інфекцією в серодискордантних парах потрібно пропонувати АРТ з метою зниження ризику передачі ВІЛ-інфекції неінфікованим партнерам.

Рекомендації ВООЗ щодо початку АРТ:

- АРТ слід розпочинати в пріоритетному порядку усім ВІЛ-інфікованим особам з III або IV клінічною стадією ВІЛ-інфекції, згідно класифікації ВООЗ, та особам з кількістю СД4-лімфоцитів ≤ 350 кл./мкл.
- АРТ слід розпочинати усім ВІЛ-інфікованим особам з кількістю СД4-лімфоцитів > 350 кл./мкл та ≤ 500 кл./мкл, незалежно від клінічної стадії згідно класифікації ВООЗ.
- АРТ слід розпочинати усім ВІЛ-інфікованим особам, незалежно від клінічної стадії або числа СД4, у таких випадках:
 - особи з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ;
 - особи з ко-інфекцією ВІЛ/ВГВ, з ознаками тяжкого хронічного ураження печінки;
 - партнерам з ВІЛ-інфекцією в серодискордантних парах слід пропонувати АРТ з метою зниження ризику передачі ВІЛ-інфекції неінфікованим партнерам.

Слайд №23 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Тренер наголошує на перевагах і ризиках раннього початку АРТ.

Переваги раннього початку АРТ:

- попередження незворотного ураження імунної системи;
- зниження ризику ВІЛ-асоційованих ускладнень, які іноді розвиваються при кількості CD4-лімфоцитів вище 350 кл./мкл, в тому числі ТБ;
- зниження ризику неопортуністичних станів, у т.ч. серцево-судинних захворювань, захворювань нирок, печінки, не асоційованих зі СНІДом злочи́сних новоутворень й інфекцій;
- зниження ризику передачі ВІЛ-інфекції від інфікованої особи.

Слайд №24 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Ризики раннього початку АРТ:

- розвиток побічних ефектів і токсичних реакцій у зв'язку з прийомом АРТ;
- розвиток резистентності ВІЛ-інфекції до антиретровірусних лікарських засобів;
- менший проміжок часу для пацієнта, щоб дізнатися про ВІЛ-інфекцію та лікування, а також підготуватися до дотримання режиму лікування;
- передчасне застосування лікування до розробки ефективніших, менш токсичних, та/або краще вивчених комбінацій АРВ-препаратів;
- передача резистентного вірусу від пацієнтів, у яких не підтримується повна вірусна супресія.

Слайд №25 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

3. Інформаційне повідомлення «Особливості АРТ при різних ОІ» (5 хв.)

Оптимальний час початку АРТ відрізняється за різних клінічних сценаріїв. При захворюваннях, проти яких немає ефективного етіотропного лікування (криптоспоридіоз, мікроспоридіоз, прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалоплакія, ВІЛ-асоційована деменція), позитивні результати ранньої АРТ переважають над будь-яким підвищеним ризиком небажаних наслідків і, таким чином, АРТ слід розпочинати якомога раніше.

Особливості призначення АРТ при різних ОІ

- При захворюваннях, проти яких немає ефективного етіотропного лікування, АРТ слід розпочинати якомога раніше.
- При наявності таких ОІ, як пневмоцистна пневмонія, церебральний токсоплазмоз, криптококовий менінгіт, цитомегаловірусний ретиніт, АРТ слід розпочинати після завершення інтенсивної фази лікування ОІ.
- За наявності ко-інфекції ТБ/ВІЛ рекомендовано розпочинати АРТ через 2–8 тижнів після початку протитуберкульозного лікування, після досягнення гарної переносимості антимікобактеріальної терапії, з метою зменшення ризику розвитку СВІС.

Слайд №26 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

У випадку наявності у пацієнта таких ОІ, як пневмоцистна пневмонія, атипичний мікобактеріоз, криптококовий менінгіт, токсоплазмозний енцефаліт, CMV-енцефаліт, CMV-ретиніт, негайний початок АРТ супроводжується підвищенням ризику розвитку СВІС. Початок АРТ рекомендовано дещо затримати до завершення інтенсивної фази лікування вказаних ОІ.

За наявності ко-інфекції ТБ/ВІЛ рекомендується розпочинати АРТ через 2–8 тижнів після початку протитуберкульозного лікування для досягнення гарної переносимості антимікобактеріальної терапії.

4. Інформаційне повідомлення «Спостереження пацієнтів до призначення АРТ» (5 хв.)

Спостереження пацієнтів до призначення АРТ

- Мета систематичного контролю стану здоров'я ВІЛ-інфікованих пацієнтів – своєчасне виявлення загрози прогресування хвороби, надання адекватної ефективної медичної допомоги та необхідної консультативної, психологічної та іншої підтримки.
- Систематичний контроль стану здоров'я та супровід пацієнта – запорука вищої прихильності до режиму лікування; пацієнти вчасно починають АРТ, добре підготовлені як інформаційно, так і емоційно.
- Медичне спостереження пацієнтів з ВІЛ-інфекцією передбачає періодичні медичні огляди, лабораторні обстеження та консультації спеціалістів.
- Частота здійснення медичних оглядів та консультування пацієнтів залежить як від стадії ВІЛ-інфекції, так і від темпів прогресування захворювання.

Слайд №27 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Дуже важливо забезпечити систематичний контроль за станом здоров'я та супровід пацієнта, починаючи з ранніх стадій ВІЛ-інфекції, оскільки у пацієнтів, за якими встановлено систематичний нагляд, значно вища прихильність до режиму лікування: вони вчасно починають АРТ, добре підготовлені як інформаційно, так і емоційно.

Для пацієнтів, які потребують додаткових втручань (наприклад, консультації психіатра, підтримка прихильності тощо), необхідно планувати частіші візити до медичного закладу.

Систематичний контроль за станом здоров'я пацієнта, попередження та лікування ОІ, ко-інфекція та супутніх захворювань, консультування, психологічна та соціальна підтримка, організація для СІН доступу до програм наркотологічної, психіатричної допомоги, ЗПТ, зменшення шкоди, реабілітаційних програм можуть бути ефективною підготовкою до АРТ та основою високого рівня прихильності під час антиретровірусного лікування.

Організація спостереження пацієнтів (1)

- Постійний систематичний контроль стану здоров'я ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків здійснюється мережею спеціалізованих ЗОЗ.
- На сьогодні такими установами є:
 - центри з профілактики та боротьби зі СНІДом;
 - клініка ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України»;
 - ЗОЗ, у складі яких функціонують кабінети «Довіра» чи кабінети інфекційних захворювань;
 - інфекційні лікарні, спеціалізовані з лікування ВІЛ-інфекції.

Слайд №28 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Постійний систематичний контроль за станом здоров'я ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків здійснюється мережею спеціалізованих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). На сьогодні такими установами є: центри з профілактики та боротьби зі СНІДом; клініка ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України»; ЗОЗ, у складі яких функціонують кабінети «Довіра» або кабінети інфекційних захворювань; інфекційні лікарні спеціалізовані з лікування ВІЛ-інфекції.

Протягом усього періоду спостереження та лікування, який може тривати роками або навіть десятиріччями, необхідно ретельно документувати всі дані (скарги, анамнез, дані оглядів, результати лабораторних та інструментальних досліджень). У майбутньому оптимальним є перехід до електронної системи збереження та використання інформації.

Організація спостереження пацієнтів (2)

- Контроль стану здоров'я ВІЛ-інфікованого пацієнта повинен проводитися за умови його добровільної згоди.
- Кожен пацієнт має право спостерігатися у медичному закладі за власним вибором і отримувати медичну допомогу в тому ЗОЗ, якому він довіряє.
- Рекомендовано активно запрошувати ВІЛ-інфікованих пацієнтів на огляди та обстеження, не порушуючи правил збереження медичної таємниці.

Слайд №29 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Контроль за станом здоров'я ВІЛ-інфікованого пацієнта повинен проводитися за умови його добровільної згоди. Кожен пацієнт має право спостерігатися у медичному закладі за власним вибором і отримувати медичну допомогу у тому ЗОЗ, якому він довіряє. Рекомендується активно запрошувати ВІЛ-інфікованих пацієнтів на огляди та обстеження, не порушуючи правил збереження медичної таємниці.

Організація спостереження пацієнтів (3):

- організація медичної допомоги в межах однієї установи;
- інтеграція послуг;
- децентралізація послуг;
- соціальний супровід пацієнтів.

Слайд №30 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Якщо на сьогодні неможливо організувати медичну допомогу в межах однієї установи, або пацієнт потребує медичних послуг, які не можуть бути забезпечені в даному медичному закладі з технічних або кваліфікаційних причин, його необхідно направити до медичних закладів вищого рівня або спеціалізованого закладу іншого профілю. Необхідним є організація спадковості та повноцінного обміну інформацією між медичними установами, які надають допомогу хворим на ВІЛ-інфекцію, з дотриманням конфіденційності медичної інформації. Організація супроводу пацієнта за принципами ведення випадку передбачає надання максимального спектра послуг в одному місці (інтеграція послуг), у разі необхідності – створення ефективних механізмів перенаправлення пацієнтів до інших медичних установ. На сьогоднішній день значно розширився перелік ЗОЗ, які надають АРТ.

Оптимальним в організації спостереження за пацієнтами з ВІЛ-інфекцією є залучення до ведення пацієнтів соціальних працівників (кейс-менеджерів), державних установ та організацій або неурядових організацій (далі по тексту – НУО).

Лабораторний моніторинг пацієнтів до призначення АРТ

Параметр	Первинне звернення	Подальше спостереження до призначення АРТ
Кількість CD4-лімфоцитів	+	Кожні 3–6 міс.
ВН ВІЛ	+	Кожні 6 міс.
Загальний аналіз крові	+	Кожні 3–6 міс.
Б/х крові: АЛТ, АСТ, білірубін, глюкоза	+	Кожні 3–6 міс.
Дослідження сечі	+	Кожні 3–6 міс.
Ліпідні фракції крові	+	При нормальних показниках – щорічно.
Електроліти крові	+	Кожні 6–12 міс.
Дослідження антиген гістосумісності (далі – HLA-B*5701) (якщо доступне)	+	якщо обмірковується призначення абакавіру (ABC).
Тест на вагітність	+	при плануванні АРТ

Слайд №31 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Планові медичні огляди і обстеження проводяться не рідше одного разу на 6 місяців; у випадках ознак прогресування ВІЛ-інфекції – не рідше одного разу на 3 місяці та залежно від клінічної ситуації.

При кожному плановому візиті пацієнта до ЗОЗ має проводитися збір скарг, уточнення анамнезу, об'єктивне фізикальне обстеження та оцінка адекватності соціальної і психологічної підтримки.

Безсимптомним пацієнтам з кількістю CD4-лімфоцитів більше 500 кл./мкл і невисоким ВН ВІЛ слід проводити визначення кількості CD4-лімфоцитів кожні 6 місяців. Якщо рівень лімфоцитів CD4 менше 500 кл./мкл, планові обстеження проводять 1 раз на 3 міс., менше 350 кл./мкл – один раз на 1–3 міс. Визначення кількості CD4-лімфоцитів проводяться як з метою оцінки наявності показань до АРТ, так і з метою виявлення показань до призначення профілактики ОІ. Визначення ВН ВІЛ слід проводити 1 раз на 6 місяців.

Планове розгорнуте загальноклінічне і біохімічне дослідження крові слід проводити кожні 3–6 міс., але не рідше 1 разу на 6 міс., з метою оцінки стану печінки та нирок, токсичності лікарських засобів, у випадку призначення профілактики або лікування ОІ та моніторингу супутніх захворювань і станів (наприклад, хронічних захворювань нирок або печінки); визначення електролітів крові – кожні 6–12 міс.; загальноклінічне дослідження сечі – кожні 6 міс.

Щорічно проводять такі дослідження:

- повторні серологічні дослідження на: CMV (якщо кількість CD4-лімфоцитів < 100 кл./мкл), токсоплазмоз, гепатит В, гепатит С, якщо результати попередніх досліджень були негативними;
- для жінок: мазок за Папаніколау;
- у випадку цирозу печінки (незалежно від етіології): дослідження вмісту альфа-фетопротеїну та ультразвукографічне дослідження печінки;
- скринінгові обстеження на ІПСШ та ТБ мають періодично повторюватися, залежно від симптомів та проявів, поведінкового ризику і можливих контактів з джерелами інфекцій, але не менше 1 разу на рік;
- консультації вузьких фахівців проводять за наявності показань; додаткові обстеження, крім названих, проводять за клінічними показаннями.

Слайд №32 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Щорічно проводять такі дослідження: повторні серологічні дослідження на: CMV (якщо кількість CD4-лімфоцитів < 100 кл./мкл), токсоплазмоз, гепатит В, гепатит С, якщо результати попередніх досліджень були негативними; для жінок: мазок за Папаніколау; у випадку цирозу печінки (незалежно від етіології): дослідження вмісту альфа-фетопротеїну та ультразвукографічне дослідження печінки; ліпідні фракції крові (натщесерце) (за наявності відхилень від нормальних показників дослідження має проводитися частіше – кожні 3–6 міс.); скринінгові обстеження на ІПСШ та ТБ потрібно періодично повторювати, залежно від симптомів та проявів, поведінкового ризику і можливих контактів з джерелами інфекцій (В-III), але не рідше 1 разу на рік.

Консультації вузьких фахівців проводять за наявності показань. Додаткові обстеження, крім вищевказаних, проводять за клінічними показаннями.

Умови ефективного впровадження універсального доступу до АРТ:

- політична воля держави;
- кадровий потенціал;
- створення ефективної моделі лікування, догляду та підтримки ЛЖВ;
- національні клінічні протоколи (наявність, оновлення);
- систематичне спостереження, супровід пацієнтів від моменту встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція;
- забезпечення безперервності лікування (планування, закупівля, поставка);
- моніторинг ефективності АРТ;
- підтримка прихильності до лікування;
- децентралізація та інтеграція послуг.

Слайд №33 презентації «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ»

Для ефективного впровадження універсального доступу до АРТ важлива політична воля держави; наявність кадрового ресурсу для здійснення медичного нагляду та соціального супроводу, створення ефективних моделей лікування, догляду та підтримки, наявність та постійне оновлення згідно світових стандартів Національних клінічних протоколів, систематичний супровід пацієнтів від моменту діагностування ВІЛ-інфекції до початку та продовження лікування, забезпечення безперервності лікування, моніторинг ефективності заходів по лікуванню, догляду та підтримці, постійна робота над прихильністю до лікування, наближення послуг до пацієнта шляхом інтеграції та децентралізації надання допомоги.

5. Розгляд ситуаційних задач (10 хв.)

Після завершення інформаційного повідомлення тренер пропонує учасникам розглянути ситуаційні задачі на тему «Показання до АРТ. Схеми АРТ I ряду. Обстеження перед початком АРТ».

Тренер пропонує учасникам об'єднатися у 4 малі групи, роздає кожній групі по 1 ситуаційній задачі з умовою задачі, переліком запитань для обговорення, без варіантів відповідей.

Ситуаційні задачі подано у Додатку 1 до Теми 3.1.2.

Кожна група має протягом декількох хвилин розглянути задачу, визначити спікера, який оголосить результати обговорення, що мають бути коротко зафіксовані на аркуші фліпчарту.

Після того, як час для роботи груп вийшов, один представник з кожної групи презентує напрацювання. Після презентації кожної групи, всім учасникам тренінгу надається право взяти участь у короткому обговоренні (що вірно та що невірно визначила група, яких уточнень потребує відповідь тощо).

6. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Наприкінці тренер акцентує увагу на основних показаннях до призначення АРТ: наявність в анамнезі будь-якого СНІД-індикаторного захворювання та/або зменшення кількості CD4-лімфоцитів менше 350 кл./мкл. Незалежно від кількості CD4-лімфоцитів АРТ слід розпочинати у таких групах пацієнтів: вагітні жінки, ВІЛ-асоційована нефропатія, пацієнти з ко-інфекцією вірусний гепатит В та ВІЛ. Перша схема АРТ включає три компоненти, два з яких відносять до класу НІЗТ. Прийом усіх компонентів схеми АРТ потрібно розпочинати одночасно. Проведення лікування неповною схемою (моно- або бітерапія), навіть нетривалий час, є неприпустимим. Більшість сучасних схем АРТ мають рівну високу ефективність, проте відрізняються за частотою прийому лікарських засобів, кількістю таблеток для прийому, взаємодією препаратів та можливими побічними реакціями. Схема повинна бути обрана індивідуально для кожного конкретного пацієнта з можливим забезпеченням високого рівня прихильності задля покращання результатів лікування. Оптимальний час для початку АРТ може відрізнятися за різних клінічних сценаріїв. Дуже важливо забезпечити систематичний контроль стану здоров'я та супровід пацієнта, починаючи з ранніх стадій ВІЛ-інфекції.

Контрольні запитання

- Назвіть клінічні покази щодо призначення АРТ.
- Назвіть лабораторні покази щодо призначення АРТ.
- Скільки препаратів включають сучасні схеми АРТ?
- Назвіть основні препарати в схемах АРТ першого ряду.
- Який зв'язок між фульмінантним перебігом гепатиту на фоні NVP та рівнем CD4-лімфоцитів?
- Назвіть особливості призначення АРТ на фоні ко-інфекції ВІЛ/ТБ.
- З якою періодичністю необхідно проводити визначення CD4-лімфоцитів до призначення АРТ.

Література

1. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551.
2. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, п. Фам. – М.: Р. Валент, 2012. — 497 с.
3. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лікування ВІЛ-інфекції. – М. : Р. Валент, 2011. – 736 с.
4. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Краткий обзор основных особенностей и рекомендаций. Всемирная организация здравоохранения, июнь 2013. – 15 с.
5. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Всемирная организация здравоохранения, июль 2014. – 164 с.
6. European Guidelines for treatment of HIV-infected adults in Europe. Version 7.1. November 2014.
7. DHHS: Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents. July 2013.

Ситуаційні задачі до Теми 3.1.2

ЗАДАЧА 1

В інфекційне відділення госпіталізований чоловік, 32 роки, ВІЛ-інфікований. ВІЛ виявлено 7 років тому. Обстежений під час проходження лікування від наркотичної залежності. Перебуває під медичним наглядом в кабінеті «Довіра»; від призначення АРТ категорично відмовлявся; періодично зловживає алкоголем.

Стан погіршився приблизно 7 днів тому, турбувала задиха, кашель, підвищення температури тіла. При госпіталізації діагностовано пневмоцистну пневмонію, призначено лікування: бісептол 10 амп/добу, дексаметазон 8 мг/добу, на фоні лікування стан покращився.

При обстеженні: СД4 – 0% = 2 кл./мкл; ВН – 560 000 РНК коп/мл; ЗАК: Нб 80 г/л, еритроцити $2,2 \times 10^{12}/л$, лейкоцити $1,8 \times 10^9/л$; б/х крові: білірубін 22 мкмоль/мл, АЛТ 69 Од/л, АСТ 78 Од/л; на рентгенограмі органів грудної клітини (ОГК) ознаки інтерстиціальної пневмонії.

Запитання

1. Встановіть клінічну стадію ВІЛ-інфекції.
2. Чи всі необхідні обстеження призначено пацієнту?
3. Чи показано пацієнту АРТ?
4. Якщо так, яку схему?

Інформація для тренера до Задачі 1

Відповіді на запитання

- Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Пневмоцистна пневмонія. Анемія. Лейкопенія.
- Рекомендовано дообстеження: б/х крові – сечовина, креатинин, глюкоза; електроліти крові; загальний аналіз сечі; аналіз мокротиння на МБТ; УЗД ОЧП; ЕКГ.
- Пацієнту показано призначення АРТ, після завершення лікування пневмоцистної пневмонії, інтенсивної фази (21 день).
- Враховуючи анемію та лейкопенію, необхідно розглядати в схемі лікування із НІЗТ – TDF/FTC або ABC/3ТС. При обмірковуванні лікування з ABC бажано провести дослідження антиген гістосумісності (HLA-B*5701). Іншим компонентом схеми можна призначити ННІЗТ – EFV. Враховуючи прогнозовано погану прихильність до лікування (відмова від АРТ, зловживання алкоголем), потрібно провести консультування щодо прихильності та при кожному зверненні в ЗОЗ працювати за цим напрямком; ретельно відслідковувати рівні ВН та СД4 на фоні лікування.

ЗАДАЧА 2

Жінка, 22 роки. ВІЛ-інфекцію виявлено 14 днів тому при обстеженні з приводу вагітності. Раніше на ВІЛ-інфекцію не обстежувалася. Чоловік ВІЛ-негативний. В анамнезі хронічний пієлонефрит. Скарг немає.

При проведенні додаткових обстежень:

- СД4 – 18% = 360 кл./мкл.

- ЗАК: Нв 120 г/л, еритроцити $4,8 \times 10^{12}/л$, лейкоцити $4,4 \times 10^9/л$.
- Б/х крові: білірубін 18 мкмоль/мл, АЛТ 28 Од/л, АСТ 26 Од/л, сечовина 3,7 мкмоль/л, креатинин 89 мкмоль/л, глюкоза 4,8 ммоль/л.
- Anti HCV Ig G (+), HBsAg (+), anti HBcor IgG (+).

Запитання

1. Встановіть клінічну стадію ВІЛ-інфекції.
2. Призначте необхідні дообстеження.
3. Чи показано пацієнтці АРТ?
4. Якщо так, яку схему?

Інформація для тренера до Задачі 2

Відповіді на запитання

- Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія I. Безсимптомна. ВГС. ВГВ. Вагітність 24 тижні.
- Дообстеження: ВН; загальний аналіз сечі; електроліти; ліпіди фракційно; Ig G Tox.gondii; ПЛР HCV; аналіз мокротиння на МБТ; ЕКГ; УЗД ОЧП.
- Так, за імунологічними показниками та з метою ПВТ пацієнтці показано АРТ.
- Схема: AZT/ЗТС + LPV/rit. Схема з TDF не бажана враховуючи в анамнезі хронічне захворювання нирок.

ЗАДАЧА 3

Чоловік, 38 років. ВІЛ-інфекцію виявлено 10 днів тому. Обстежений за клінічними показаннями, після встановлення діагнозу: «Саркома Капоші шкіри тулуба, верхніх та нижніх кінцівок». У пацієнта скарги на загальну слабкість, швидку втомлюваність, висип на тілі; зниження гостроти зору; температура тіла в межах норми. Онкологами рекомендовано лікування основного захворювання (ВІЛ-інфекція).

Запитання:

1. Встановіть клінічну стадію ВІЛ-інфекції.
2. Призначте необхідні дообстеження.
3. Дайте рекомендації щодо початку АРТ.

Інформація для тренера до Задачі 3

Відповіді на запитання

- Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Саркома Капоші.
- Дообстеження: СД4; ВН; б/х (білірубін, АЛТ, АСТ, сечовина, креатинин), загальний аналіз сечі, електроліти крові, ліпідні фракції крові; скринінг на вірусні гепатити, ІПСШ; Ig G Tox.gondii; рентгенографія ОГК; УЗД ОЧП; ЕКГ; консультація офтальмолога з оглядом очного дна.
- Не потрібно зволікати з призначенням АРТ; розпочинати після проведення дообстеження та визначення щодо схеми АРТ. Описані випадки регресу саркоми Капоші на фоні відновлення імунної системи, без проведення хіміотерапії.

- Наполягати на спільному веденні випадку разом з онкологами.

ЗАДАЧА 4

На стаціонарному лікуванні в ПТД з приводу вперше діагностованого інфільтративного туберкульозу легенів знаходиться чоловік, 31 рік. ВІЛ-інфекцію виявлено 2 тижні тому. Обстежений за клінічними показниками. Раніше на ВІЛ-інфекцію не обстежувався. Протягом 14 днів отримує лікування: RHEZ. Турбує нудота, біль під правим ребром.

При проведенні додаткових обстежень:

- ЗАК: Нв 90 г/л, еритроцити $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $5,2 \times 10^9$ /л;
- б/х крові: білірубін 24 мкмоль/л, АЛТ 50 Од/л, АСТ 74 Од/л, глюкоза 4,8 ммоль/л;
- рентгенографія ОГК (заключення): ознаки інфільтративного туберкульозу обох легенів;
- УЗД ОЧП (заключення): ознаки хронічного холециститу, панкреатиту, гепатолієнального синдрому;
- КУБ (+).

Запитання

- Встановіть клінічну стадію ВІЛ-інфекції.
- Призначте необхідні дообстеження.
- Дайте рекомендації щодо початку АРТ.

Інформація для тренера до Задачі 4

Відповіді на запитання

- Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. ВДТБ (дата), легенів (інфільтративний), МБТ+, М+, К (в роботі), Р (в роботі), Гіст 0, Кат 1, Каг 1 (рік).
- Дообстеження: СД4; ВН; б/х (сечовина, креатинин), загальний аналіз сечі, електроліти крові, ліпідні фракції крові; скринінг на вірусні гепатити, ІПСШ; Ig G Tox.gondii; ЕКГ.
- Розпочинати АРТ через 2–8 тижнів після початку протитуберкульозного лікування, після досягнення гарної переносимості антимікобактеріальної терапії. В призначенні АРТ вирішальним є клінічні покази, а саме наявність ко-інфекції ВІЛ/ТБ.

ПІДТЕМА 3.1.3. МОНІТОРИНГ ЕФЕКТИВНОСТІ АРТ. СХЕМИ АРТ ДРУГОГО РЯДУ. РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ВІЛ (45 ХВ.)

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Мозковий штурм «Моніторинг пацієнта на АРТ»	5 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, презентація до підтеми 3.1.3 «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»
2.	Інформаційне повідомлення «Оцінка ефективності АРТ»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.3 «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»
3.	Інформаційне повідомлення «Критерії ефективності АРТ»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.3 «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»
4.	Інформаційне повідомлення «Схеми АРТ другого ряду»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.3 «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»
5.	Інформаційне повідомлення «Резистентність ВІЛ-інфекції»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.3 «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»
6.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Мозковий штурм «Моніторинг пацієнта на АРТ» (5 хв.)

Мозковий штурм

- «Які питання розглядають під час моніторингу пацієнта на АРТ?»
- «З якою періодичністю пацієнт, який отримує АРТ, повинен звертатися до лікувального закладу?»

Слайд №3 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ».

Тренер звертається до учасників із запитаннями: «Які питання розглядають під час моніторингу пацієнта на АРТ?», «З якою періодичністю пацієнт, який отримує АРТ, повинен звертатися до лікувального закладу?»

Тренер пропонує усім, хто бажає висловитися, дати відповідь на перше і друге запитання.

Учасники називають, а тренер фіксує всі їх вислови на фліпчарті, розділивши його на дві половини. На одній половині фіксуються відповіді на перше запитання, на іншій – на друге. При відповіді на друге запитання, важливо поцікавитися в учасників про те, чому саме вони визначили ту чи іншу періодичність. За допомогою мозкового штурму буде продемонстровано важливість своєчасного відвідування пацієнтом ЗОЗ, так як розглядаються не тільки медичні, але і соціальні питання, що є запорукою ефективного лікування. Після мозкового штурму тренер переходить до презентації. На мозковий штурм відводиться 5 хвилин.

2. Інформаційне повідомлення «Оцінка ефективності АРТ» (5 хв.)

Моніторинг пацієнта на АРТ:

- ефективність лікування;
- оцінка прихильності;
- оцінка побічних реакцій та взаємодії препаратів;
- профілактичні програми по зниженню шкоди;
- оцінка психічних розладів та вживання наркотичних речовин;
- репродуктивне здоров'я/вагітність;
- програми щодо профілактики ВІЛ-інфекції;
- соціально-психологічна підтримка.

Слайд №4 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

При медичному спостереженні за пацієнтом, який отримує АРТ, визначаються заходи, спрямовані на оцінку ефективності лікування та заходи щодо соціального та психологічного супроводу. ВІЛ-інфіковані пацієнти часто стикаються з багатьма соціальними, психологічними і медичними проблемами, для вирішення яких найкраще підходить інтегрований підхід до надання медичної допомоги, орієнтований на потреби пацієнта. При кожному візиті пацієнта в ЗОЗ необхідно оцінювати готовність пацієнта дотримуватися режиму лікування, схильність пацієнта до ризикованої поведінки, отримання відомостей про вживання психоактивних речовин, соціальну підтримку, психічні розлади, супутні захворювання, матеріальний стан (наприклад, відсутність постійного місця проживання), а також інші чинники, які можуть впливати на дотримання режиму АРТ, і підвищують ризик передачі ВІЛ-інфекції. Після оцінки цих чинників слід вжити відповідних заходів з їхнього усунення. Просвітницька робота з пацієнтом щодо видів ризикованої поведінки, що супроводжується ризиком передачі ВІЛ-інфекції, повинна проводитися при кожному відвідуванні клініки.

Оцінка ефективності АРТ

- Медичні огляди і обстеження пацієнта, який отримує АРТ, проводять планово та за показаннями.
- Не менше одного разу на 3 міс. протягом перших двох років лікування.
- Не менше одного разу на 6 міс. у подальшому за умови стабільної клінічної ситуації та ознак вірусологічної ефективності АРТ.
- При кожному плановому медичному огляді має проводитися збір скарг, оновлення даних анамнезу з моменту попереднього візиту, фізикальне та лабораторне обстеження й оцінка прихильності до лікування.

Слайд №5 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Оцінку ефективності АРТ проводять під час медичних оглядів і обстежень пацієнта, які здійснюються в плановому порядку та за показаннями. Обстеження проводять не рідше одного разу на 3 міс. протягом перших двох років лікування. Не рідше одного разу на 6 міс. у подальшому за умови стабільної клінічної ситуації та ознак вірусологічної ефективності АРТ. При кожному плановому медичному огляді має проводитися збір скарг, оновлення даних анамнезу з моменту попереднього візиту, фізикальне та лабораторне обстеження й оцінка прихильності до лікування.

Оцінка прихильності до АРТ

- Прихильність до лікування – це усвідомлене пацієнтом ретельне дотримання режиму лікування.
- Прихильність до АРТ чітко корелює із досягненням максимальної супресії вірусу, зниженням ризику розвитку мутацій резистентності, поліпшенням виживаності та якості життя пацієнта.
- Низька прихильність загрожує вкрай несприятливими наслідками як для ВІЛ-інфікованої особи, так і громадського здоров'я.
- Робота з формування та підтримки прихильності повинна бути наріжним каменем як перед, так після початку АРТ, протягом усього часу лікування.

Слайд №6 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Недотримання режиму лікування (низька прихильність) може бути наслідком низки чинників, наприклад, недостатньої підготовки хворого до лікування, застосування складної схеми лікування, неприйнятних для хворого побічних ефектів лікування, депресії, інших розладів психічного стану у пацієнта, або активного вживання психоактивних речовин (ПАР), відсутності доступу до психологічної підтримки та адекватної медичної і соціальної допомоги, переривання у постачанні медикаментів, недостатнього рівня знань у медичних та соціальних працівників щодо проблеми формування та підтримки прихильності.

Недостатнє дотримання режиму лікування підвищує ймовірність неефективного лікування, призводить до ризику виникнення стійкості ВІЛ-інфекції до ліків, ускладнює проведення АРТ у майбутньому (більш складний вибір ефективної схеми, обмеження терапевтичного вибору, більше невідомих токсичних ефектів та ін.), можливе подальше прогресування захворювання, знижується виживання пацієнта та підвищується ризик смерті.

Низький (недостатній) рівень прихильності до АРТ небезпечний не лише для пацієнта, а й для громадського здоров'я. Розповсюдження стійкого до ліків вірусу підвищує ймовірність передачі резистентності до нових ВІЛ-інфікованих осіб, що в подальшому ускладнюватиме їх лікування.

Існує кілька способів оцінки ступеня дотримання режиму терапії пацієнтом.

Найкраще оцінювати дотримання режиму терапії шляхом опитування пацієнта, яке потрібно проводити при кожному візиті пацієнта в клініку. Також необхідно об'єктивно оцінювати дотримання режиму терапії (наприклад, відстеження записів у журналі видачі препаратів, підрахунок кількості таблеток). Безперервна оцінка ступеня дотримання режиму терапії та консультування дозволяє клініцисту вживати необхідних заходів щодо раннього усунення чинників, що перешкоджають дотриманню режиму терапії, коли б вони не з'явилися.

Частота визначення ВН ВІЛ:

- перед призначенням АРТ;
- далі контролювати кожні 3 міс. протягом першого року лікування, доки його рівень не досягне невизначального;
- далі – кожні 6 міс. за умови стабільної клінічної ситуації та невизначального рівня ВН;
- при модифікації схеми лікування (змінах, замінах) повторне визначення ВН потрібно проводити у подальшому з інтервалами 8–12 тижнів, доки рівень ВН не досягне невизначального;
- у пацієнтів, у яких досягнуто максимальну супресію вірусу, проте схему лікування було модифіковано через токсичність лікарських препаратів чи для спрощення схеми лікування, визначення ВН має бути проведено протягом 8–12 тижнів після модифікації схеми лікування.

Слайд №7 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Вірусне навантаження є найбільш важливим показником відповіді на АРТ, і його слід визначати протягом всього періоду прийому АРТ, щоб мати впевненість у стійкій вірологічній супресії.

РНК ВІЛ і кількість Т-лімфоцитів CD4 – два маркери відповідей на антиретровірусну терапію і прогресування ВІЛ-інфекції, які використовують протягом десятиліть для ведення та моніторингу пацієнтів з ВІЛ-інфекцією.

Вірусне навантаження є показником відповіді на АРТ. Рівень вірусного навантаження пацієнта перед початком АРТ і зменшення величини вірусного навантаження після початку АРТ надають прогностичну інформацію про можливість прогресування ВІЛ-інфекції. Основна мета АРТ – досягти і підтримувати тривалу

вірологічну супресію. Таким чином, найбільшою клінічною користю вірусного навантаження є моніторинг ефективності терапії після початку АРТ.

Кілька систематичних оглядів даних клінічних випробувань за участю тисяч учасників показали, що зменшення вірусного навантаження після початку АРТ, пов'язане зі зниженням ризику розвитку інфекції до стадії СНІДу чи смерті. Отже, визначення вірусного навантаження – це непрямий показник (маркер) відповіді на лікування.

Частота визначення кількості CD4-лімфоцитів:

- перед призначенням АРТ;
- кількість CD4-лімфоцитів у пацієнтів на АРТ слід досліджувати кожні 3 міс. для:
 - оцінки імунологічної відповіді на антиретровірусну терапію;
 - оцінки необхідності початку, продовження чи припинення профілактики опортуністичних інфекцій.
- імунологічна відповідь на АРТ дещо запізнюється по відношенню до ВН;
- відповідь на лікування у більшості випадків визначається як приріст кількості CD4-лімфоцитів / в середньому на 150 кл./мкл за рік;
- доцільність зміни тактики лікування, у випадку вірусологічно ефективної АРТ на фоні імунологічної чи клінічної невдачі лікування, не є доведеною.

Слайд №8 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Оцінка кількості Т-лімфоцитів важлива тоді, коли пацієнт розпочинає лікування, для визначення невідкладності початку АРТ, для необхідності профілактики опортуністичних інфекцій (ОІ).

На фоні прийому АРТ моніторинг кількості лімфоцитів CD4 допомагає у прийнятті рішення щодо визначення часу припинення профілактики або лікування ОІ у пацієнтів із розгорнутим перебігом ВІЛ-інфекції. Імунологічна відповідь на АРТ дещо запізнюється по відношенню до ВН. Відповідь на лікування у більшості випадків визначається як приріст кількості CD4-лімфоцитів в середньому на 150 кл./мкл за рік.

Для пацієнтів, які мають високу прихильність до лікування, стійку вірусологічну відповідь, зростання кількості CD4-лімфоцитів до рівня 500 кл./мкл і вище, стабільний клінічний статус протягом більше, ніж 2–3 роки, частоту дослідження кількості CD4-лімфоцитів можна зменшити до 1 разу на 6 міс.

У веденні пацієнтів на АРТ, згідно Рекомендацій щодо застосування антиретровірусних препаратів у дорослих та підлітків (DHHS), не потрібний частий моніторинг кількості лімфоцитів CD4, особливо у пацієнтів з високими показниками (>300 кл./мкл) і, відповідно, пригніченим вірусним навантаженням. Експертна комісія рекомендує наведену нижче частоту моніторингу CD4-лімфоцитів у пацієнтів, які були на АРТ не менше 2 разів із постійною вірусологічною супресією:

- кількість лімфоцитів CD4 від 300 до 500 кл./мкл: моніторингу кількості лімфоцитів CD4 кожні 12 міс;
- кількість лімфоцитів CD4 >500 кл./мкл: моніторингу кількості лімфоцитів CD4 є необов'язковим.

Експертна комісія рекомендує повернення до частішого моніторингу кількості лімфоцитів CD4 у пацієнтів з повторною віремією; у яких розвиваються нові ВІЛ-асоційовані захворювання; або у яких розвиваються стани і захворювання, що можуть призвести до зменшення кількості CD4-лімфоцитів.

3. Інформаційне повідомлення «Критерії ефективності АРТ» (10 хв.)



Слайд №9 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Невдача АРТ може бути визначена як відсутність відповіді, або субоптимальна відповідь на призначене лікування. Невдача АРТ зазвичай асоціюється з вірусологічною невдачею, імунологічною невдачею та/або клінічним прогресуванням ВІЛ-інфекції.

Фактори, що можуть вплинути на формування невдачі лікування:

- високий рівень ВН безпосередньо перед початком лікування;
- низька кількість CD4-лімфоцитів безпосередньо перед початком лікування;
- встановлена IV клінічна стадія захворювання, наявність СНІД-індикаторних захворювань;
- супутні захворювання та стани (наприклад, депресія, активне вживання наркотиків);
- наявність первинної резистентності вірусу до АРВ-препаратів;
- недостатня прихильність до лікування;
- побічні ефекти препаратів та токсичність;
- субоптимальна фармакокінетика препаратів;
- вибір потенційно недостатньо ефективної схеми;
- недостатній досвід лікаря.

Слайд №10 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

На невдачу лікування можуть вплинути:

- високий рівень ВН безпосередньо перед початком лікування;
- низька кількість CD4-лімфоцитів безпосередньо перед початком лікування;
- встановлена IV клінічна стадія захворювання;
- наявність СНІД-індикаторних захворювань, супутні захворювання та стани (наприклад, депресія, активне вживання наркотиків);
- наявність первинної резистентності вірусу до АРВ-препаратів;
- недостатня прихильність до лікування;

- побічні ефекти препаратів та токсичність;
- субоптимальна фармакокінетика препаратів;
- вибір потенційно недостатньо ефективної схеми;
- недостатній досвід лікаря.

Вірусологічна невдача

- Вірусологічна невдача АРТ – нездатність досягти зменшення ВН до невизначального рівня (нижче 50 копій/мл) через 24 тижні від початку чи модифікації лікування.
- На ризик вірусологічної невдачі може вказувати рівень ВН вище 1000 копій/мл через 4–8 тижнів від початку АРТ.
- Якщо через 24 тижні лікування РНК ВІЛ продовжує визначатися (ВН вище 50 копій/мл), необхідно встановити можливі причини невдачі лікування – перш за все, оцінити прихильність лікування.

Слайд №11 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Вірусологічна невдача АРТ – нездатність досягти зменшення вірусного навантаження до невизначального рівня (нижче 50 копій/мл) через 24 тижня від початку або модифікації лікування. На ризик вірусологічної невдачі може вказувати рівень ВН вище 1000 копій/мл через 4–8 тижнів від початку АРТ. Якщо через 24 тижні лікування РНК ВІЛ-інфекція продовжує визначатися (ВН вище 50 копій/мл), необхідно встановити можливі причини невдачі лікування (перш за все оцінити прихильність лікування).

Ведення випадку вірусологічної невдачі лікування

ВН ВІЛ > 50 але < 400 копій/мл	Сійке ВН ВІЛ > 400 копій/мл
Оцінка прихильності	Необхідно якомога швидше змінити схему АРТ
Повторне визначення ВН ВІЛ через 1–2 місяці	Оцінка прихильності
Оцінка ризику продовження попередньої схеми АРТ	Оцінка ризику продовження попередньої схеми АРТ (найнебезпечнішим є продовження схеми на основі ННІЗТ)
Оцінка можливостей модифікації схеми (терапевтичний вибір)	За можливості здійснення дослідження резистентності ВІЛ-інфекції з використанням його результатів для визначення препаратів нової схеми
Завдання модифікованої схеми: забезпечити зниження ВН ВІЛ < 50 копій/мл через 3 місяці після модифікації лікування.	Якщо мутацій резистентності не виявлено, слід повторно оцінити прихильність пацієнта до лікування

Слайд №12 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Ведення випадку з визначасим рівнем вірусного навантаження буде залежати від кількості РНК ВІЛ.

При ВН ВІЛ > 50 але < 400 копій/мл необхідно:

- оцінити прихильність;
- провести повторне визначення ВН ВІЛ через 1–2 міс.;
- оцінити ризик продовження попередньої схеми АРТ;
- оцінити можливість модифікації схеми (терапевтичний вибір).

При стійкому ВН ВІЛ > 400 копій/мл необхідно:

- якомога швидше змінити схему АРТ;
- оцінити прихильність;
- оцінити ризик продовження попередньої схеми АРТ;
- за можливості здійснення дослідження резистентності ВІЛ-інфекції з використанням його результатів для визначення препаратів нової схеми, якщо мутацій резистентності не виявлено, слід повторно оцінити прихильність пацієнта до лікування.

Імунологічна невдача

- Це нездатність підвищити рівень CD4-лімфоцитів більш, ніж на 50 кл./мкл протягом першого року АРТ за умови максимального пригнічення реплікації вірусу.
 - До факторів, які асоціюються з поганою імунологічною відповіддю на терапію, відносять:
 - кількість CD4-лімфоцитів <200 кл./мкл на момент призначення АРТ;
 - вік старше 60 років;
 - ко-інфекція;
 - прийом медикаментів, у тому числі деяких АРВ-препаратів та їх комбінацій (AZT, TDF+ddl);
- втрату регенеративного потенціалу імунної системи.
- Немає одностайної думки, що імунологічна невдача на фоні максимальної супресії реплікації вірусу є показанням до повної зміни схеми лікування.

Слайд №13 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Імунологічна невдача – це нездатність підвищити рівень CD4-лімфоцитів більш ніж на 50 кл./мкл протягом першого року АРТ за умови максимального пригнічення реплікації вірусу. До факторів, які асоціюються з поганою імунологічною відповіддю на терапію, відносять: кількість CD4-лімфоцитів <200 кл./мкл на момент призначення АРТ, вік старше 60 років, ко-інфекція, прийом медикаментів, у тому числі деяких АРВ-препаратів та їх комбінацій (AZT, TDF+ddl); втрата регенеративного потенціалу імунної системи.

Немає одностайної думки щодо імунологічної невдачі на фоні максимальної супресії реплікації вірусу, що є показанням до повної зміни схеми лікування.

При фіксації будь-якої неефективності лікування, перш за все необхідно проводити оцінку прихильності.

Під клінічною невдачею розуміють появу або реактивацію опортуністичної інфекції, іншого, пов'язаного з ВІЛ-інфекцією, захворювання або стану (виключивши синдром відновлення імунної системи – СВІС). СВІС характеризується запальною відповіддю на фоні інфекції або іншого захворювання, що розвивається після початку АРТ або заміни схеми АРТ на активнішу.

Клінічна невдача

- Поява (реактивація) опортуністичної інфекції, іншого, пов'язаного з ВІЛ-інфекцією, захворювання чи стану (виключивши синдром відновлення імунної системи – СВІС).
- СВІС характеризується запальною відповіддю на фоні інфекції чи іншого захворювання, що розвивається після початку АРТ чи заміни схеми АРТ на активнішу.
- Зазвичай СВІС розвивається на фоні підвищення кількості CD4-лімфоцитів та/або швидкого зниження ВН ВІЛ.
- У більшості випадків СВІС виникає у перші 4–8 тижнів після початку АРТ.
- Клінічне прогресування не може бути єдиним обґрунтуванням для зміни (заміни) схеми у випадку максимальної супресії вірусу та адекватної імунологічної відповіді.

Слайд №14 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Зазвичай СВІС розвивається на фоні підвищення кількості CD4-лімфоцитів та/або швидкого зниження ВН ВІЛ. У більшості випадків СВІС виникає у перші 4–8 тижнів після початку АРТ.

Клінічне прогресування не може бути єдиним обґрунтуванням для зміни (заміни) схеми у випадку максимальної супресії вірусу та адекватної імунологічної відповіді

Відомі випадки виникнення СВІС через багато тижнів від початку лікування та в ізольованих ділянках, наприклад – кістках, тобто СВІС може розвинути при будь-якій кількості CD4-лімфоцитів.

Варіанти СВІС

- АРТ розпочинають на фоні лікування ОІ, і розвиток СВІС погіршує відповідь на лікування ОІ: загострення чи рецидив симптомів захворювання, яке було діагностовано на фоні лікування, або проліковано у минулому. У таких випадках СВІС визначають як «парадоксальне погіршення».
- АРТ розпочинають на фоні клінічно стабільного стану пацієнта, і розвиток СВІС клінічно проявляється переходом в активну фазу латентних і раніше не діагностованих інфекцій. Якщо збудник чи стан, який спричиняє запальну відповідь, попередньо діагностований не був, СВІС класифікують як «зняття маски».
- Клінічне прогресування не може бути єдиним обґрунтуванням для зміни (заміни) схеми у випадку максимальної супресії вірусу та адекватної імунологічної відповіді.

Слайд №15 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Частота розвитку СВІС при ТБ і МАК знижується при подовженні періоду між початком лікування цих захворювань і початком АРТ. Водночас позитивні наслідки раннього призначення АРТ у пацієнтів з активним ТБ і дуже низькою кількістю CD4-лімфоцитів (< 50 кл./мкл) перевищує ризик реактивації асоційованого зі СВІС ТБ. Хоча ризик ТБ-СВІС може досягати 32% у пацієнтів з глибоким імунним дефіцитом, загальна смертність, зумовлена відстроченим (пізнім) початком АРТ, є вищою, ніж потенційний ризик смерті внаслідок СВІС.

У випадку СВІС кращого результату можна досягти при призначенні специфічного лікування опортуністичної інфекції, яка є проявом СВІС, та патогенетичної терапії, аніж зміною схеми АРТ.

У випадках, коли СВІС становить загрозу для життя пацієнта, переривання АРТ може зумовити поліпшення. Водночас, за винятком випадків важкого СВІС, АРТ не слід припиняти через ризик розвитку резистентності ВІЛ-інфекції, прогресії ВІЛ-інфекції з проявами інших ОІ та СНІД-індикаторних захворювань, повторної появи СВІС при поновленні АРТ. СВІС не є ознакою неефективності АРТ та не є показанням до зміни схеми АРТ.

Захворювання, які можуть бути проявами СВІС (1)

Збудник	Інфекційний процес	Лікування
M. tuberculosis	Погіршення легеневої симптоматики чи рентгенологічної картини, збільшення лімфатичних вузлів чи менінгеальні симптоми. ТБ-СВІС може проявитися гепатотоксичністю, яку складно диференціювати з медикаментозною гепатотоксичністю. ТБ з множинною та поширеною ЛС підвищує ризик СВІС	АРТ, антимікобактеріальна терапія, стероїди
CMV	Проявляється як ретиніт, вітреїт чи увеїт	АРТ, протицитомегаловірусна терапія, стероїди
Cryptococcus neoformans	Менінгіт, парези і паралічі, втрата слуху, абсцеси, медіастиніт, лімфаденіт	АРТ, азолі, стероїди
Аутоімунні захворювання	Попередньо наявні аутоімунні захворювання (наприклад, саркоїдоз) можуть загострюватися	Стероїди
Неспецифічні дерматологічні ускладнення	Дерматологічні прояви, наприклад, фолікуліт, виразки слизової оболонки ротової порожнини чи генітальні виразки, можуть з'явитися чи погіршитися при СВІС	АРТ, симптоматичне лікування
ВГС і ВГВ	Транзиторні підвищення трансаміназ можуть виникнути після початку АРТ з імунною реконституцією, їх важко відрізнити від медикаментозної гепатотоксичності; звичайно порушення функції печінки є легкими та зникають самостійно, водночас у разі початково наявного цирозу печінки вони можуть призвести до декомпенсації	

Слайд №16 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Захворювання, які можуть бути проявами СВІС (2)

Збудник	Інфекційний процес	Лікування
HSV	Прояви подібні до проявів інфекції без СВІС; для деяких пацієнтів стають першим проявом ВПГ-інфекції	АРТ, протигерпетичні препарати, стероїди
M. avium	Може проявитися локалізованим лімфаденітом, ураженням легень, системним запаленням, які не відрізняються від активного МАК	АРТ, препарати, що мають активність проти МАК, стероїди
P. jiroveci	Пневмоцистна пневмонія	АРТ, препарати, що мають активність проти пневмоцисти, стероїди
Varicella zoster	Прояви подібні до проявів інфекції без СВІС, загострення оперізувального лишая	АРТ, препарати, що мають активність проти Varicella zoster, стероїди
JC вірус	Загострення прогресуючої множинної лейкоенцефалопатії (прогресуючі неврологічні ураження разом з даними магнітно-резонансної томографії або комп'ютерної томографії або виявленням JC вірусу методом ПЛР у спинномозковій рідині)	АРТ; роль стероїдів невідома
Саркома Капоші	Проявляється погіршенням перебігу саркоми Капоші; зареєстровано летальні випадки у пацієнтів з попередньо існуючою саркомою Капоші після початку АРТ; Типові прояви на шкірі або слизовій ротоглотки, набряк слизової оболонки трахеї з обструкцією, ураження внутрішніх органів	У тяжких випадках відміна АРТ, стероїди

Слайд №17 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

СВІС може проявитися такими захворюваннями: туберкульоз, цитомегаловірусна інфекція (ретиніт, коліт), криптококовий менінгт, аутоімунні захворювання, дерматологічними проявами, ВГС та ВГВ, атипичним мікобактеріозом, пневмоцистною пневмонією, герпесвірусною інфекцією (оперізуєчий лишай, герпес губ), прогресуючою мультифокальною лейкоенцефалопатією, саркомою Капоші.

Маркери невдачі АРТ

Маркер	Вірусологічна невдача	Імунологічна невдача	Клінічне прогресування
	ВН	рівень CD4	Клінічні прояви
Час від початку АРТ	24 тижні	48 тижнів	понад 12 тижнів
Показник	> 50 копій/мл	збільшення менш ніж на 50 кл./мкл	опортуністична інфекція, інше захворювання, пов'язане з ВІЛ-інфекцією (слід виключити СВІС)

Слайд №18 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Вірусологічна невдача АРТ – нездатність досягти зменшення вірусного навантаження до невизначального рівня (нижче 50 копій/мл) через 24 тижні від початку, або модифікації лікування.

На ризик вірусологічної невдачі може вказувати рівень ВН вище 1000 копій/мкл через 4–8 тижнів від початку АРТ.

Імунологічна невдача – це нездатність підвищити рівень CD4-лімфоцитів більш ніж на 50 кл./мкл протягом першого року АРТ за умови максимального пригнічення реплікації вірусу.

Клінічне прогресування ВІЛ-інфекції визначають: як появу (реактивацію) опортуністичної інфекції, іншого, пов'язаного з ВІЛ-інфекцією, захворювання або стану (не раніше ніж через 3 міс. після призначення АРТ, виключивши синдром відновлення імунної системи).

Оцінка причин невдачі АРТ:

- прихильність;
- непереносимість препаратів;
- взаємодія АРТ з іншими лікарськими засобами та їжею;
- підозра на розвиток мутацій резистентності.

Слайд №19 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

За наявності факту невдачі лікування, перш за все, необхідно оцінити прихильність до лікування. У разі виявлення низької прихильності важливо встановити її причину (депресія, побічні реакції, активне застосування психотропних препаратів) та вжити заходів щодо їх усунення. Необхідно переконатися, що невдача лікування не пов'язана з наявністю побічних реакцій (наприклад, з боку ШКТ, ЦНС), адже не можна виключити їх появу у майбутньому, що призведе до невдачі лікування з використанням нової схеми. Необхідно оцінити взаємодію АРТ з іншими лікарськими засобами, які здатні змінювати концентрацію АРВП в сироватці крові.

Недотримання режиму лікування і подальша вірусологічна невдача можуть сприяти виникненню мутацій резистентності до лікарських засобів та обмежити можливості лікування в майбутньому.

4. Інформаційне повідомлення «Схеми АРТ другого ряду» (10 хв.)

Схеми АРТ другого ряду (1)

- Схема АРТ другого ряду рекомендована тільки в разі доведеної невдачі лікування.
- Рішення про зміну схеми приймає лікуючий лікар на підставі:
 - результатів дослідження ВН;
 - результатів визначення кількості CD4-лімфоцитів у динаміці;
 - аналізу результатів клініко-лабораторного обстеження;
 - анамнезу антиретровірусного лікування;
 - результатів дослідження резистентності (якщо доступне проводилось);
 - переносимості препаратів;
 - оцінки прихильності.

Слайд №20 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

У більшості ВІЛ-позитивних пацієнтів, яким призначена АРТ, спостерігається клінічне поліпшення із стабільною максимальною супресією вірусу. Розвиток невдачі лікування свідчить про неефективність обраної тактики та призводить до прогресування захворювання, у зв'язку з чим постає питання про швидке реагування на такі ситуації.

Початок лікування за схемою другого ряду має супроводжуватися наполегливими зусиллями щодо повторної оцінки та підтримки прихильності. У частини пацієнтів може спостерігатися невдача лікування за відсутності мутацій резистентності ВІЛ-інфекції за результатами генотипування. У таких випадках ймовірною причиною невдачі є недостатня прихильність до лікування, коли концентрація АРВ-препаратів є недостатньо високою для повного пригнічення ВІЛ-інфекції, проте недостатньо низькою для селекції мутацій резистентності.

Схеми АРТ другого ряду (2)

- У разі документування у пацієнта невдачі лікування, необхідно терміново розглянути можливість змінити схему АРТ.
- Нова схема АРТ, яка призначається після підтвердження неефективності первинної схеми, більшістю авторів визначається як схема АРТ другого ряду.
- Схема АРТ, яка модифікована у випадку розвитку токсичності чи побічних реакцій, із заміною окремих препаратів, як правило, в межах їхніх класів, називається заміненою схемою першого ряду і не повинна класифікуватися як схема другого ряду.

Слайд №21 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

При невдачі лікування у пацієнта, у разі документування, необхідно терміново розглянути можливість зміни схеми АРТ. Нова схема АРТ, яка призначається після підтвердження неефективності первинної схеми, більшістю авторів визначається як схема АРТ другого ряду. Схема АРТ, яка модифікована у випадку розвитку токсичності або побічних реакцій, із заміною окремих препаратів, як правило, в межах їхніх класів, називається заміненою схемою першого ряду і не повинна класифікуватися як схема другого ряду. При виборі препаратів для нової схеми АРТ слід враховувати анамнез антиретровірусного лікування у пацієнта, результати дослідження резистентності (якщо проводилося), переносимість препаратів та вимоги до прихильності.

Оптимізація схеми лікування другого ряду:

- слід уникати використання ННІЗТ у схемах АРТ II ряду у пацієнтів з анамнезом лікування ННІЗТ;
- необхідно обміркувати можливість продовження прийому ЗТС або FTC з метою збереження мутації M184V/I;
- доцільно обрати нові потенційно активні НІЗТ з урахуванням анамнезу лікування та/або результатів дослідження резистентності ВІЛ-інфекції;
- необхідно обрати один активний, посилений ритонавіром ІП;
- загальним правилом для зміни схеми АРТ після невдачі лікування є призначення комбінації, яка містить принаймні два нові потенційно активні АРВ-препарати.

Слайд №22 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Загальним правилом для зміни схеми АРТ після невдачі лікування є призначення комбінації, яка містить принаймні два нових потенційно активних АРВ-препарати, що визначається на основі попереднього анамнезу АРТ та (за наявності) результатів дослідження резистентності ВІЛ. Одним з препаратів схем АРТ другого ряду є посилений ІП, який характеризується високим генетичним бар'єром щодо резистентності.

Якщо схеми другого ряду починають одразу, без переривання АРТ, ризику виникнення нових точкових мутацій немає. Тому рекомендовано перехід на схему другого ряду без переривання АРТ.

Переривання АРТ потребує ретельного обґрунтування. У випадку переривання АРТ з використанням схеми на основі ННІЗТ, при одночасному припиненні прийому всіх препаратів схеми, концентрації EFV та NVP у крові довше лишатимуться на вимірюваних рівнях через тривалий період напіввиведення, тоді як НІЗТ вже будуть еліміновані з організму. Це зумовлює функціональну монотерапію, що може спричинити виникнення нових точкових мутацій резистентності. Таким чином, у випадку переривання або припинення АРТ з використанням схеми на основі ННІЗТ, рекомендовано припинити спочатку ННІЗТ, а через сім днів – НІЗТ.

Загальні рекомендації щодо призначення нових схем АРТ

Початкова схема	Нова схема
1 ННІЗТ + 2 НІЗТ	1 посилений ІП + 3(2) НІЗТ
1 ІП + 2 НІЗТ	1 посилений ІП + 3(2) НІЗТ
3 НІЗТ	3 НІЗТ + 1 новий НІЗТ 1 посилений ІП + 3 НІЗТ ± 1 новий НІЗТ або 1 посилений ІП + 1 ННІЗТ + 1 ІІ

Слайд №23 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

У випадку невдачі лікування із застосуванням схеми АРТ першого ряду на основі ННІЗТ, рекомендовано призначити у схемі другого ряду не менше одного нового активного препарату класу НІЗТ у поєднанні з посиленням ІП та збереженням двох/одного НІЗТ попередньої схеми, які підсилюють чутливість ВІЛ-інфекції до нового потенційно активного препарату класу НІЗТ за рахунок збереження мутації резистентності ВІЛ протилежного спрямування.

У більшості пацієнтів, у яких спостерігається невдача схеми АРТ першого ряду на основі посиленого ІП, не виявляють мутацій резистентності до ІП.

Підходами до зміни схеми АРТ на основі ІП є зміна препаратів схеми з призначенням нового посиленого ІП з вищим бар'єром генотипової резистентності, одного нового потенційно активного НІЗТ із збереженням двох/одного НІЗТ попередньої схеми, які підсилюють чутливість ВІЛ-інфекції до нового потенційно активного препарату класу НІЗТ за рахунок збереження мутації резистентності ВІЛ-інфекції протилежного спрямування.

У пацієнтів, які отримували схему АРТ першого ряду, що складається тільки з трьох НІЗТ, тактика вибору схеми другого ряду залежить від тривалості прийому неефективної схеми АРТ за наявності стійкого підвищення ВН ВІЛ >50 копій/мл. Якщо зміна неефективної схеми АРТ здійснюється протягом першого року неефективності, достатнім може бути додавання до попередньої схеми нового активного НІЗТ (наприклад, TDF до попередньої схеми (AZT+3TC+ABC).

У випадку високої ймовірності розвитку резистентності до препаратів класу НІЗТ схеми першого ряду (якщо пацієнт тривалий час продовжував приймати неефективну схему АРТ) рекомендується призначити схеми на основі посиленого ІП з додаванням нового потенційно активного НІЗТ та збереженням препаратів НІЗТ попередньої схеми.

5. Інформаційне повідомлення «Резистентність ВІЛ» (10 хв.)

Резистентність ВІЛ

- Резистентність – зниження чутливості ВІЛ-інфекції щодо дії лікарських засобів (АРТ).
- Дослідження резистентності ВІЛ-інфекції рекомендовано проводити усім пацієнтам з невдачею АРТ.
- Зазвичай дослідження резистентності технічно може бути виконано у випадку ВН ВІЛ ≥ 1000 копій/мл.
- Для дослідження резистентності можуть використовуватися інженерно-молекулярні методи (генотипування) чи культуральні методи (фенотипування).

Слайд №24 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

В Україні дослідження резистентності ВІЛ-інфекції на сьогодні не застосовується в рутинній практиці. Визначення резистентності вірусу до препаратів у пацієнтів із вірусологічної невдачею АРТ приносить велику користь, допомагаючи приймати рішення, що стосуються перегляду схеми терапії.

Дослідження при ВН ВІЛ від 500 до 1000 копій/мл може бути невдалим, або надати помилкові результати через недостатню кількість копій вірусу у досліджуваному зразку, а при ВН ВІЛ < 500 копій/мл є неможливим з використанням доступних на сьогодні тест-систем.

Визначення резистентності вірусу методами генотипування і фенотипування використовується для оцінки вірусних штамів та поінформованого вибору стратегії лікування. Методи генотипування виявляють мутації резистентності у відповідних генах вірусу. Методи фенотипування оцінюють здатність вірусу до реплікації за різних концентрацій АРВ-препаратів.

У зв'язку зі складністю та високою вартістю фенотипування частіше проводиться дослідження генотипу вірусу.

Оскільки після відміни АРВ-препаратів і припинення їх селективного тиску на ВІЛ у вірусній популяції швидко починають домінувати віруси дикого типу, тоді як кількість мутантних вірусів знижується до невизначального рівня, рекомендується проводити дослідження резистентності доки пацієнт продовжує приймати неефективну схему АРТ.

Можливість передачі резистентних штамів ВІЛ доведена і пов'язана з недостатньою вірусологічною відповіддю на початкову схему антиретровірусної терапії. Ймовірність зараження резистентними штамми ВІЛ залежить від поширеності резистентних штамів ВІЛ.

Інтерпретація результатів резистентності ВІЛ

- Для АРВ-препаратів характерним є різний рівень генетичного бар'єра до формування резистентності (кількість мутацій, необхідних для виникнення резистентності).
- Найвищий генетичний бар'єр до резистентності мають посилені ритонавіром препарати класу ІП.
- Більшості НІЗТ властивий середній показник генетичного бар'єра.
- ЗТС, FTC, NVP і EFV мають найнижчий генетичний бар'єр.
- Деякі мутації резистентності можуть знижувати здатність ВІЛ-інфекції до реплікації, що використовується в клінічній практиці.

Слайд №25 презентації «Моніторинг ефективності АРТ. Схеми АРТ другого ряду. Резистентність ВІЛ»

Інтерпретація результатів дослідження резистентності ВІЛ є достатньо складною та вимагає залучення фахівця, що пройшов відповідне навчання.

Усі схеми АРТ першого ряду містять ламівудин, або емтрицитабін, тому дуже ймовірно є розвиток характерної мутації M184V, яка знижує реплікативну активність ВІЛ, а також підвищує чутливість ВІЛ до зидовудину, тому відміна ЗТС або FTC є недоцільною. Якщо неефективна схема АРТ містила зидовудин, або ставудин (аналоги тимідину), найімовірнішим є розвиток та накопичення мутацій до аналогів тимідину (далі по тексті – TAM), які перешкоджають розвитку мутації K65R, оскільки вірус не може одночасно розвивати TAM і K65R (за наявності менше трьох TAM). Якщо TAM <3, після втрати чутливості ВІЛ до зидовудину застосування тенофовіру дизопроксилу буде ефективним, але зидовудин доцільно зберегти у новій схемі з тенофовіру дизопроксилу для підтримки селективного тиску у напрямку TAM.

Якщо неефективна схема АРТ містила TDF, ймовірно є розвиток мутацій K65R. Після застосування ABC розвивається мутація K70R. Мутації K65R і K70R підвищують ефективність зидовудину, тому доцільним є збереження тенофовіру дизопроксилу або абакавіру попередньої схеми для селективного тиску підтримки мутацій K65R або K70R, які попереджають розвиток TAM та додавання у якості нового потенційного активного препарату схеми зидовудину.

6. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Наприкінці тренер акцентує увагу на медичному спостереженні за пацієнтом, який отримує АРТ, на заходах, які спрямовані на ефективне лікування, та на заходах щодо соціального та психологічного супроводу. Оцінку ефективності АРТ проводять під час медичних оглядів і обстежень пацієнта, які здійснюються в плановому порядку та за показаннями. Обстеження проводять не рідше одного разу на 3 міс. протягом перших двох років лікування. Недостатнє дотримання режиму лікування підвищує ймовірність неефективного лікування, призводить до ризику виникнення стійкості ВІЛ-інфекції до ліків, ускладнює проведення АРТ у майбутньому (більш складний вибір ефективної схеми, обмеження терапевтичного вибору, більше невідомих токсичних ефектів та ін.), можливе подальше прогресування захворювання, знижується виживання пацієнта та підвищується ризик смерті.

Контрольні запитання

- Назвіть основні критерії щодо оцінки пацієнта на АРТ.
- Яка частота визначення ВН ВІЛ при медичному спостереженні?
- Яка частота визначення СД4 при медичному спостереженні?
- Для чого необхідно проводити оцінку прихильності до лікування?
- Перерахуйте фактори, які можуть впливати на ефективність лікування.
- Дайте визначення вірусологічної невдачі АРТ.
- Дайте визначення імунологічної невдачі АРТ.
- Дайте визначення клінічної невдачі АРТ.
- Які відмінності між клінічною невдачею АРТ та СВІС?
- Дайте рекомендації щодо оптимізації схеми АРТ при неефективності схеми на основі ННІЗТ.
- Препарати якого класу мають найвищий генетичний бар'єр до резистентності?

Література

1. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551.
2. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. – М.: Р. Валент, 2012. – 497 с.
3. Хоффман К. Лечение ВИЧ-инфекции / К. Хоффман, Ю. Рокштро. – М.: Р. Валент, 2011. – 736 с
4. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Краткий обзор основных особенностей и рекомендаций. Всемирная организация здравоохранения, июнь 2013. – 15 с.
5. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Всемирная организация здравоохранения, июль 2014. – 164 с.
6. European Guidelines for treatment of HIV-infected adults in Europe. Version 7.1. November 2014.
7. DHHS: Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents. July 2013.

ПІДТЕМА 3.1.4. ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ АРВП. ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ АРВП (45 хв.)

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Мозковий штурм «Побічні реакції на АРВП»	5 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, презентація до підтеми 3.1.4 «Побічні реакції АРВП. Особливості взаємодії АРВП»
2.	Інформаційне повідомлення «Визначення та класифікація побічних реакцій. Клас-специфічна токсичність АРВП»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.4, «Побічні реакції АРВП. Особливості взаємодії АРВП»
3.	Інформаційне повідомлення «Передбачувані побічні реакції та тактика ведення пацієнтів при їх виникненні»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.4 «Побічні реакції АРВП. Особливості взаємодії АРВП»
4.	Інформаційне повідомлення «Взаємодія АРВП з іншими лікарськими засобами»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.1.4 «Побічні реакції АРВП. Особливості взаємодії АРВП»
5.	Розгляд ситуаційних задач. Робота в малих групах.	10 хв.	Ситуаційні задачі за кількістю груп (всього 4, Додаток 1 до Підтеми 3.1.4), фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери
6.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Мозковий штурм «Побічні реакції на АРВП» (5 хв.)

Мозковий штурм

«Яке значення має виникнення побічних реакцій на АРВП при лікуванні пацієнтів з ВІЛ-інфекцією?»



Слайд №3 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Тренер звертається до учасників із запитанням:

«Яке значення має виникнення побічних реакцій на антиретровірусні препарати при лікуванні пацієнтів з ВІЛ-інфекцією?». Учасники називають, а тренер фіксує всі їх вислови на фліпчарті.

За допомогою мозкового штурму необхідно сфокусувати увагу учасників на тому, що АРТ – це позиттєве лікування. Тому дуже важливо, щоб схема терапії була максимально безпечною, не погіршувала якості життя та не порушувала прихильності до лікування. Після мозкового штурму тренер переходить до презентації.

2. Інформаційне повідомлення «Визначення та класифікація побічних реакцій. Клас-специфічна токсичність АРВП» (5 хв.)

Ведення пацієнта на АРТ

- Компоненти нагляду за хворим, який отримує АРТ:
 - консультування з приводу можливих побічних реакцій АРТ;
 - консультування з приводу можливих побічних реакцій на лікарські засоби для профілактики та лікування ОІ, супутніх захворювань;
 - виявлення та корекція побічних реакцій, що виникають у процесі лікування;
 - інформування до системи фармаконагляду про будь-які побічні реакції лікарських засобів, що виникли у пацієнта під час лікування, включаючи наслідки взаємодії лікарських засобів.
- Заходи, спрямовані на профілактику та корекцію побічних реакцій АРТ, є ключовим чинником забезпечення високого рівня прихильності до лікування.

Слайд №4 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Важливим компонентом нагляду за хворим, який отримує АРТ, є консультування з приводу можливих побічних реакцій. Застосування стандартизованих схем АРТ дозволяє лікарю і пацієнту бути готовими до виникнення найтипівіших

побічних реакцій, обумовлених АРВ-препаратами та їх комбінаціями, передбачити можливу взаємодію з іншими лікарськими засобами, які отримує пацієнт з метою профілактики та лікування ОІ, інших захворювань та станів.

Визначення ПР

- Побічна реакція лікарського засобу – це будь-яка передбачувана чи непередбачувана небажана та шкідлива для організму людини реакція, яка виникла при застосуванні препарату у звичайних дозах з метою профілактики, лікування, діагностики захворювання.
- Передбачувана побічна реакція – це побічна реакція, характер чи тяжкість якої узгоджується з наявною інформацією про лікарський засіб, наприклад, з інструкцією для медичного застосування.

Слайд №5 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Побічна реакція лікарського засобу – будь-яка передбачувана або непередбачувана, небажана та шкідлива для організму людини реакція, яка виникла при застосуванні препарату у звичайних дозах з метою профілактики, лікування, діагностики захворювання. Передбачувана побічна реакція – побічна реакція, характер або тяжкість якої узгоджується з наявною інформацією про лікарський засіб, наприклад, з інструкцією для медичного застосування.

Необхідно розрізнити несприятливі ефекти (побічні дії) лікарських засобів та побічні реакції. Під несприятливими ефектами (побічними діями) лікарського засобу розуміють будь-які негативні зміни у стані пацієнта на підставі скарг, результатів фізикального, лабораторного, інструментального обстеження під час прийому лікарського(-их) засобу(-ів), незалежно від того, чи є підозра на причинний зв'язок з призначеною терапією чи ні. Причинний зв'язок між прийомом лікарського засобу та будь-якими непередбачуваними побічними ефектами може бути виявлений у майбутньому. Окремі АРВ-препарати, навіть в межах одного класу, розрізняються за спектром передбачуваних побічних реакцій, частотою та ступенем їх проявів.

Класифікація ПР

- Серйозні побічні реакції – це реакції, які сталися при застосуванні лікарського засобу, що:
 - становлять загрозу для життя пацієнта;
 - призвели до втрати працездатності;
 - потребують госпіталізації чи продовження її термінів;
 - призводять до смерті;
 - викликають розвиток новоутворень;
 - викликають вроджені аномалії розвитку.
- Несерйозні побічні реакції – будь-які побічні реакції, які не відповідають визначенню «серйозної» побічної реакції.

Слайд №6 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Розрізняють серйозні та несерйозні побічні реакції.

Серйозні побічні реакції – це реакції, які сталися при застосуванні лікарського засобу, що:

- становлять загрозу для життя пацієнта;
- призводять до втрати працездатності;
- потребують госпіталізації чи продовження її термінів;
- призводять до смерті;
- викликають розвиток новоутворень;
- викликають вроджені аномалії розвитку.

Несерйозні побічні реакції – це будь-які побічні реакції, які не відповідають визначенню «серйозної» побічної реакції.

Заходи по попередженню ПР

Надання інформації пацієнту про передбачувані ПР, при застосуванні препаратів призначеної йому схеми АРТ.

Надання інформації пацієнту про передбачувані ПР внаслідок взаємодії АРВП з іншими лікарськими засобами, які призначені пацієнту.

Надання пацієнту чітких та зрозумілих інструкцій щодо дій, яких необхідно вжити при появі симптомів ПР.

Неухильне дотримання графіка систематичного спостереження та обстеження пацієнта.

У випадку виникнення симптомів, підозрілих на прояви побічних реакцій, необхідно провести заплановане чи додаткове обстеження для з'ясування причини симптомів.

Своєчасне надання допомоги у необхідному обсязі у випадку виникнення побічних реакцій та несприятливих ефектів лікарських засобів.

Слайд №7 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

У більшості випадків достатньо буде провести консультування пацієнта та призначити симптоматичне лікування. Це стосується передусім найпоширеніших несерйозних побічних реакцій АРТ, наприклад, нетривалої нудоти і неважкої діареї. У випадку виникнення серйозних, або неприйнятних для пацієнта побічних реакцій, необхідна заміна окремих препаратів АРТ на АРВП з іншим спектром передбачуваних побічних реакцій. Можливою тактикою при виявленні непереносимості АРВП може бути:

- застосування симптоматичної терапії (наприклад, антидіарейних препаратів, антиеметиків);
- заміна одного препарату на інший в межах одного класу з іншим спектром токсичності;
- заміна одного класу препаратів на інший (наприклад, ННІЗТ на ІП) з іншим спектром токсичності.

При виникненні серйозних побічних реакцій необхідним може бути негайне тимчасове переривання АРТ, відміна всієї схеми та госпіталізація пацієнта для проведення патогенетичної і симптоматичної терапії.

Клас-специфічна токсичність АРВП (1)

НІЗТ

1. Мітохондріальна токсичність (ЗТС або FTC < TDF < ABC < AZT < ddl < d4T):
 - периферична полінейропатія;
 - ліпоатрофія;
 - мієлосупресія;
 - лактацидоз;
 - панкреатит;
 - (кардіо)міопатія;
 - гепатит.
2. Розлади шлунково-кишкового тракту.

Слайд №8 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

НІЗТ здатні викликати широкий спектр побічних реакцій: периферична полінейропатія, ліпоатрофія, мієлосупресія, лактацидоз, панкреатит, (кардіо)міопатія, гепатит, розлади ШКТ.

Для НІЗТ характерними є прояви мітохондріальної токсичності. Токсична дія на мітохондрії вперше була описана в 1999 р. Мітохондріям також необхідні нуклеозиди. Вбудовування «хибних» нуклеозидів порушує метаболізм цих важливих органел. НІЗТ суттєво відрізняються один від одного за ступенем токсичного впливу на органели: ЗТС або FTC < TDF < ABC < AZT < ddl < d4T.

Клас-специфічна токсичність АРВП (2)

ННІЗТ:

- висип;
- розлади ЦНС;
- гепатотоксичність.

Слайд №9 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

ННІЗТ найчастіше спричиняють висипку та прояви гепатотоксичності.

Типові ранні побічні реакції в перші тижні або місяці лікування, що зумовлюють необхідність ретельного моніторингу в перші місяці АРТ. Усі антиретровірусні препарати є потенційно гепатотоксичними, спричиняючи як ранні, так і відстрочені реакції гепатотоксичності. Саме для ННІЗТ характерні ранні прояви гепатотоксичності, тому необхідним є ретельний їх моніторинг у перші місяці лікування.

Клас-специфічна токсичність АРВП (3)

ІП:

- Порушення метаболізму ліпідів:
 - підвищення рівнів тригліцеридів, холестерину, ЛПНЩ, ліпопротеїди дуже низької щільності;
 - зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності;
 - аномальний перерозподіл жирової клітковини.
- Розлади шлунково-кишкового тракту.
- Інсулінорезистентність і цукровий діабет.
- Гепатотоксичність.

Слайд №10 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

ІП можуть викликати діарею, що є ранньою побічною реакцією, проте важкі форми зустрічаються нечасто.

ІП спричиняють порушення метаболізму ліпідів (підвищення рівнів тригліцеридів, холестерину, ЛПНЩ, ліпопротеїди дуже низької щільності (далі по тексті – ЛПДНЩ); зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності (далі по тексті – ЛПВЩ) та аномальний перерозподіл жирової клітковини (накопичення вісцерального жиру, надмірні жирові відкладення в ділянці передньої черевної стінки та задньої поверхні шиї). ІП можуть спричинити інсулінорезистентність і цукровий діабет.

3. Інформаційне повідомлення «Передбачувані побічні реакції та тактика ведення пацієнтів при їх виникненні» (10 хв.)

Розлади ШКТ

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
AZT, ABC, ATV/rtv, DRV/rtv, FPV/rtv, LPV/rtv, NFV та інші	<ul style="list-style-type: none"> нудота; блювання; діарея. 	<ul style="list-style-type: none"> консультування пацієнта з приводу побічних реакцій; рекомендації щодо дієтичного харчування; зменшенню симптомів сприяє прийом препаратів з їжею; іноді доцільним є прийом препаратів проти нудоти (метоклоперамід); для зменшення діареї можна застосовувати препарати: на основі насіння подорожника; кальцію; препарати, що зменшують перистальтику (лоперамід); ферментів підшлункової залози; визначати рівень АЛТ через 2 тижні, потім щомісячно протягом 6 міс. від початку терапії, надалі – кожні 3 міс. для диференційної діагностики нудоти, блювання як проявів гепатотоксичності.

Слайд №11 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Розлади ШКТ легкого ступеня розвиваються відносно часто, але майже завжди після першого місяця прийому препарату стан пацієнта покращується. Виникнення симптомів з боку ШКТ найчастіше спостерігається вже після прийому перших доз препаратів класу ІП.

Найчастіше діарея спостерігається при застосуванні NFV. Частота виникнення діареї дещо відрізняється у різних препаратів класу, проте важка діарея зустрічається рідко.

Специфічні фактори ризику відсутні. Дану групу побічних ефектів можна спостерігати у всіх пацієнтів.

Мієлосупресія

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
AZT	Зниження рівнів гемоглобіну, лейкоцитів	При вираженій анемії (Hb \leq 80 г/л) та /або лейкопенії (загальна кількість лейкоцитів \leq 1,5–2 x 10 ⁹ /л) заміна AZT на TDF або ABC. Для корекції анемії застосовувати еритропоетин; лейкопенії – гранулоцитарний або гранулоцитарно-макрофагальний колонієстимулюючий фактор. Для корекції анемії у зв'язку з токсичною дією AZT на кістковий мозок, якщо показник гемоглобіну становить 60 г/л та менше, застосовувати переливання однокрупної еритроцитарної маси.

Слайд №12 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Зазвичай анемія розвивається у перші 4–6 тижнів прийому препарату, а нейтропенія – після 12–24 тижнів лікування. У більшості пацієнтів з початковою ВІЛ-асоційованою анемією на фоні АРТ, що включає AZT, рівень гемоглобіну підвищується, але не так інтенсивно, як при застосуванні інших НІЗТ. З профілактичною метою необхідно уникати застосування у пацієнтів з факторами ризику та застосування у поєднанні з іншими мієлосупресивними препаратами. Контроль загального аналізу крові потрібен через 2 тижні від початку терапії, потім – щомісяця протягом 6 міс., далі – 1 раз на 3 міс. (якщо ситуація стабільна).

Гострий гепатит, некроз печінки

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
NVP (2%), частіше якщо CD4-лімфоцити >250 мкл-1 у жінок та >400 мкл-1 у чоловіків, рідше EFV; рідше AZT, ddI, d4T (<1%); з найменшою частотою – інгібітори протеази (ІП).	Жовтяниця, гепатомегалія, симптоми розладів ШКТ, втомлюваність, втрата апетиту; підвищення АЛТ/АСТ у 10 разів і вище, порівняно з ВМН. Гепатит, спричинений прийомом NVP, може супроводжуватися симптомами алергічної реакції (висипка, загальні симптоми, лихоманка, еозинофілія). Зазвичай розвивається в перші 6–18 тижнів лікування, зрідка – через 48 тижнів	<ul style="list-style-type: none"> • негайно припинити прийом усіх АРВП, а також усіх інших потенційно гепатотоксичних препаратів, до зникнення симптомів; • патогенетична і симптоматична терапія; • слід здійснити заміну NVP і ніколи не поновлювати його застосування; • при нормалізації стану – розпочати нову схему АРТ на основі посиленого ІП в межах основних і альтернативних схем.

Слайд №13 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Слід регулярно визначати рівень АЛТ, АСТ, білірубину – через два тижні після початку лікування, потім щомісячно протягом 6 міс., пізніше – кожні 3 міс., або частіше за наявності показань. Серед факторів ризику виокремлюють: ко-інфекції ВГВ, ВГС/ВІЛ; зловживання алкоголем; одночасний прийом інших гепатотоксичних препаратів; початкове підвищення активності АЛТ, АСТ.

Підвищення рівня трансаміназ > норми в 5–6 разів

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
<ul style="list-style-type: none"> • всі ННІЗТ (особливо NVP); • більшість НІЗТ; • всі ІП. 	<p>Звичайно перебігає безсимптомно чи з неспецифічними симптомами.</p> <p>Може розвиватися при відміні препаратів TDF і FTC/3TC у пацієнтів з ко-інфекцією ВГВ/ВІЛ внаслідок загострення ВГВ-інфекції.</p> <p>AZT, ddl, d4T можуть зумовлювати реакції гепатотоксичності, асоційовані з лактацидозом, з мікро- або макровезикулярним стеатозом печінки внаслідок мітохондріальної токсичності</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Здійснювати контроль АЛТ через два тижні після початку лікування, потім щомісяця протягом 6 міс., потім кожні 3 міс. або частіше при наявності відхилень у біохімічних показниках крові. • Виключити інші причини порушення: прийом гепатотоксичних лікарських препаратів, наркотиків; загострення або гостру ВГВ або ВГС-інфекцію. • Слід здійснити заміну ННІЗТ на посилені ІП в межах основних і альтернативних схем чи призначити схему на основі 3 НІЗТ, а також здійснити відміну інших потенційно гепатотоксичних не АРВ-препаратів. • У ряді випадків, за умов ретельного лабораторного моніторингу, можливе індивідуальне рішення щодо продовження прийому ІП.

Слайд №14 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

У випадку виникнення проявів ураження печінки потрібно, перш за все, виключити інші причини, окрім реакції гепатотоксичності (гострий вірусний гепатит, алкогольний гепатит, загострення хронічного вірусного гепатиту як прояву СВІС тощо).

Гострий панкреатит

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
<p>ddl + d4T >ddl >d4T</p> <p>ddl – 1–7%, рідше за умов підбору дози;</p> <p>ризик підвищується при зловживанні алкоголем, одночасному застосуванні з d4T, препаратами гідроксисечовини, Рибавірином або TDF.</p>	<p>Може розвиватися від кількох тижнів до кількох місяців від початку АРТ.</p> <p>Нудота, блювання, біль в животі, підвищений рівень ліпази і амілази у сироватці крові.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Припинити прийом усіх антиретровірусних препаратів до зникнення симптомів • Патогенетична і симптоматична терапія, знеболення, парентеральне харчування. • Після поліпшення клінічного стану хворого слід розпочати нову схему АРТ з новим НІЗТ, який не чинить токсичної дії на підшлункову залозу (наприклад, TDF, ABC; AZT).

Слайд №15 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

У сучасних схемах d4T не застосовується, а ddl – обмежують у використанні. У пацієнтів з панкреатитом в анамнезі ddl не слід застосовувати. Також, ddl не слід застосовувати у поєднанні з d4T, TDF, препаратами гідроксисечовини, рибавірином. Рутинний моніторинг амілази/ліпази у безсимптомних пацієнтів не є рекомендованим.

Лактацидоз

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
ddl + d4T >ddl >d4T >AZT>ABC	Загальна слабкість та втомлюваність, розлади ШКТ, розлади дихання чи неврологічні симптоми (включаючи м'язову слабкість), панкреатит, поліорганні ураження Лабораторні прояви: підвищення рівня лактату у сироватці крові (звичайно > 5 ммоль/л), підвищення активності печінкових ферментів, зниження рівня альбуміну	<ul style="list-style-type: none"> Слід припинити прийом усіх антиретровірусних препаратів до зникнення симптомів та нормалізації стану хворого; після повного припинення АРТ симптоми можуть зберігатися тривало (місяці) або посилюватися. Патогенетична синдромальна терапія (бікарбонат натрію, інфузійна терапія, ШВЛ при вираженій дихальній недостатності, гемодіаліз). Тіамін і рибофлавін в/а. При поновленні АРТ заміна на інші НІЗТ: ABC TDF, 3TC, FTC (за умов ретельного моніторингу рівня лактату після поновлення НІЗТ) або призначення схеми, що не містить НІЗТ (посилений ІП + ННІЗТ або посилений ІП + II або посилений ІП + ННІЗТ + II).

Слайд №16 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Ризик підвищується при одночасному застосуванні ddl і d4T, тривалому застосуванні НІЗТ, у жінок, пацієнтів з ожирінням, під час вагітності, при одночасному застосуванні ddl з препаратами гідроксисечовини або рибавірином.

Перші клінічні прояви лактацидозу можуть бути найрізноманітнішими: у продромальному періоді може розвиватися загальна слабкість та втомлюваність, розлади ШКТ (нудота, блювання, діарея, біль в животі, гепатомегалія, втрата апетиту і немотивована втрата ваги), розлади дихання (прискорене дихання, задишка), або неврологічні симптоми (включаючи м'язову слабкість), панкреатит, поліорганні ураження.

1–10 на 1 000 пацієнто-років для ddl та d4T.

Летальність може сягати 50%, особливо у пацієнтів з рівнем лактату у сироватці крові > 10 ммоль/л.

Реакція гіперчутливості (становить загрозу для життя)

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
ABC та NVP	ABC: Гострий початок: спектр клінічних проявів включає підвищення температури, втомлюваність, міалгії, нудоту й блювання, діарею, біль в животі, фарингіт, кашель, задишку; може з'явитися висипка. При продовженні прийому препарату – стан прогресивно погіршується. NVP: загальні симптоми: підвищення температури, міалгії, артралгії, гепатит, еозинофілія, можлива висипка	<ul style="list-style-type: none"> Перед початком лікування рекомендовано провести скринінг на HLA-B*5701. Припинити прийом усіх антиретровірусних препаратів до зникнення симптомів. На фоні прийому препарату реакція гіперчутливості посилюється і може призвести до смерті хворого. Призначити підтримуючу терапію (антигістамінні препарати, кортикостероїди). Не можна ніколи надалі поновлювати прийом ABC (або NVP) через небезпеку анафілактичних реакцій та смерті хворих. Після зникнення симптомів поновлюють АРТ, змінивши ABC на інший НІЗТ: TDF, AZT, якщо реакція гіперчутливості пов'язана з ABC. Якщо реакція гіперчутливості пов'язана з NVP, слід здійснити заміну NVP на ІП в межах основних та альтернативних схем, або призначити схему на основі НІЗТ (3 НІЗТ)

Слайд №17 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Для АВС: 90% реакцій виникають у перші 6 тижнів лікування, середній термін виникнення становить 9 днів від початку лікування. При повторному призначенні – протягом кількох годин, більш виражені, ніж первинна реакція, схожі на анафілаксію.

Синдром Стивенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
NVP>EFV > ETR NVP – 1% EFV – 0,1% ETR < 0,1	Висипка в перші 2–4 тижні лікування. Характерна еритематозна, макулопапульозна висипка із злиттям елементів, найбільш виражена на тулубі та руках, може супроводжуватися сверблячкою. Ураження слизових оболонок супроводжується утворенням виразок. Може швидко прогресувати з утворенням пухирів і бул та з епідурмальним відшаруванням та/або некрозом. Температура підвищується не у всіх пацієнтів.	<ul style="list-style-type: none"> • Припинити прийом усіх антиретровірусних препаратів до зникнення симптомів. • Моніторинг стану шкіри, температури тіла, внутрішньовенна гідратація, парентеральне харчування, знеболення, зниження температури тіла, емпіричне призначення антибіотиків широкого спектра дії. • Слід здійснити заміну NVP і ніколи не поновлювати його застосування. • Після зникнення симптомів відновити АРТ, призначивши препарати іншого класу (2 НІЗТ і 1 посилений ІП в межах основних і альтернативних схем). Не слід повторно застосовувати препарати класу ННІЗТ.

Слайд №18 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Синдром Стивенса-Джонсона (токсичний епідермальний некроліз) становить загрозу для життя хворого, розвивається у 1% хворих, які отримують NVP.

Синдром Стивенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз



Слайд №19 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Важка периферична нейропатія

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
ddl – 12–34%; d4T – 52%	Може спостерігатися інтенсивний біль, втрата чутливості дистальних відділів верхніх та нижніх кінцівок, втрата периферичних рефлексів, м'язова слабкість. Верхні кінцівки уражуються рідше.	<ul style="list-style-type: none"> здійснювати контроль стану периферичної нервової системи; призначити Нейралгін; призначити антидепресанти; призначити Тіамін і Рибофлавін; може виникнути необхідність припинення прийому усіх антиретровірусних препаратів до зникнення симптомів; слід здійснити заміну ddl або d4T на препарат класу НІЗТ, позбавлений нейротоксичної дії (TDF, ABC).

Слайд №20 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Периферична нейропатія може бути незворотною навіть після відміни препаратів, які зумовили її розвиток. Ризик розвитку зростає із подовженням тривалості лікування, за попередньої наявності у пацієнта периферичної нейропатії, у випадку розвиненої ВІЛ-інфекції та при одночасному застосуванні з іншими лікарськими препаратами, які можуть зумовлювати периферичну нейропатію.

Важка тубулярна ниркова недостатність

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
TDF	Розвивається протягом перших тижнів-місяців від початку лікування. Лабораторно проявляється підвищенням рівня креатиніну сироватки крові, зниженням рівня кліренсу креатиніну, протеїнурією, глюкозурією, гіпокаліємією, метаболічним ацидозом. Клінічні прояви можуть бути відсутні чи нагадувати Синдром Фанконі зі слабкістю та міалгіями. Факторами ризику є старший вік, низька маса тіла і низька кількість CD4-лімфоцитів.	<ul style="list-style-type: none"> відміна TDF та інших препаратів схеми АРТ необхідна у випадку важкої ниркової тубулярної недостатності; призначення патогенетичної терапії із введенням розчинів електролітів; на підставі результатів спостереження є повідомлення про необхідність гемодіалізу у випадку виникнення ускладнень.

Слайд №21 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Тубулярна ниркова недостатність розвивається частіше в осіб із попереднім ураженням нирок в анамнезі. Факторами ризику є старший вік, низька маса тіла і низька кількість CD4-лімфоцитів. Необхідно здійснювати контроль ЗАС, сечовини, креатиніну через два тижні після початку лікування, потім щомісяця протягом 6 міс., потім кожні 3 міс. або частіше за наявності відхилень у біохімічних показниках крові.

Важливо! Для моніторингу оцінки ПР недостатньо визначення тільки рівня креатинину, необхідно проводити розрахунок рівня кліренсу креатинину.

Формула для розрахунку кліренса креатинину:

$$\text{Кліренс креатинину (мг/хв)} = \frac{(140 - \text{вік в роках}) \times \text{маса тіла в кг}}{72 \times \text{креатинин сироватки крові (мг/дл)}}$$

Для жінок отриманий результат необхідно помножити на 0,85.

Ліподистрофія

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
Ліпоатрофія є побічним ефектом препаратів класу НІЗТ, однак, d4Т з найбільшою імовірністю, викликає ліпоатрофію, у другу чергу цей ефект властивий ddI і AZT, у третю – ABC, ЗТС і TDF Ліпогіпертрофія є побічним ефектом ІП.	Проявами ліпогіпертрофії є збільшення жирової клітковини у ділянці живота, розміру грудної клітки, спинно-шийної жирової «подушки», а ліпоатрофії – зменшення жирової клітковини на кінцівках, обличчі.	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендовано заміну d4Т на TDF або ABC. • У ряді випадків симптоми ліпоатрофії є незворотними. • Заміна ІП на ННІЗТ або З НІЗТ • Дієта і фізичні вправи

Слайд №22 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Ліподистрофія



Слайд №23 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Термін «ліподистрофія» об'єднує два окремих клінічних розлади: накопичення надлишкових жирових відкладень та ліпоатрофію.

Частота розвитку зростає зі збільшенням тривалості застосування препаратів. Остаточну частоту виникнення даного побічного ефекту не встановлено; відрізняється для різних схем. За даними різних досліджень, ліподистрофія розвивається у 20–80% пацієнтів, які отримують АРТ.

Причина ліподистрофії – порушення функції мітохондрій внаслідок токсичної дії препаратів.

У деяких пацієнтів спостерігається поєднання абдомінального ожиріння, артеріальної гіпертензії, дизліпідемії та резистентності до інсуліну, що призводить до метаболічного синдрому, який підвищує ризик серцево-судинних захворювань.

Порушення обміну ліпідів

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
LPV/rtv, DRV/rtv, ATV/rtv, NFV та інші	Для усіх ІП характерним є ↑ рівнів ЛПНЩ, загального холестерину, ТГ, Також ↓ ЛПВЩ – при застосуванні ATV, DRV, FPV, LPV, SQV, посилені RTV	<ul style="list-style-type: none"> з метою зменшення впливу на ліпідний обмін рекомендовано корекцію способу життя (дієта, фізичні вправи, відмова від куріння, нормалізація ваги, омега-3-жирні кислоти); слід розглянути можливість заміни препарату ІП на інший ІП з меншим впливом на ліпідний обмін в межах основних і альтернативних схем; іноді необхідно призначити препарати для зниження ліпідів, проте слід врахувати лікарські взаємодії.

Слайд №24 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Порушення ліпідного балансу у ВІЛ-інфікованих, як у отримуючих, так і не отримуючих АРТ, є нагальною проблемою. Підвищення рівнів тригліцеридів, холестерину підвищує рівень серцево-судинних захворювань (ССЗ). Згідно результатів досліджень, у ВІЛ-інфікованих ризик розвитку ССЗ вищий в 1,5–2 рази, ніж у неінфікованих ВІЛ-інфекцією.

Інсулінорезистентність і цукровий діабет

Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
LPV/rtv, DRV/rtv, ATV/rtv, NFV та інші	<ul style="list-style-type: none"> поліурія; полідипсія; поліфагія; загальна слабкість; підвищення рівня глюкози у крові. 	<ul style="list-style-type: none"> З метою корекції рекомендовано проводити такі заходи: дієта і фізичні вправи; заміна ІП на препарат того ж класу з меншим впливом на вуглеводний обмін або ННІЗТ; медикаментозна терапія цукрового діабету (під спостереженням ендокринолога).

Слайд №25 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Резистентність до інсуліну (порушення захвату глюкози м'язевою тканиною та пригнічення процесу глікогенезу в печінці) часто розвивається на фоні прийому ІП, однак цукровий діабет розвивається на багато рідше, при цьому необхідність в інсулінотерапії виникає ще рідше. Резистентність до інсуліну розвивається після тривалого застосування препаратів (місяці). Фактором ризику є родинна схильність до цукрового діабету.

Рекомендовано визначати рівень глюкози натщесерце перед початком лікування, через 1–3 міс. після його початку та кожні 3–6 міс. у подальшому, або частіше за наявності показань.

Розлади ЦНС		
Препарат	Клінічні прояви	Тактика ведення
EFV	<ul style="list-style-type: none"> • запаморочення; • безсоння; • патологічні сновидіння; • зміни особистості. 	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендувати прийом препарату перед сном. • Не рекомендовано приймати перед сном важку їжу з високим вмістом жирів. • У випадку важких або тривалих розладів ЦНС, важкої депресії, суїцидальних тенденцій показана заміна EFV на NVP або LPV/rтv або інший посилений ІП в межах основних або альтернативних схем.

Слайд №26 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

За даними досліджень, токсичні прояви з боку ЦНС спостерігаються у 52% пацієнтів, а у 2–5% випадків зумовлюють необхідність заміни препарату. Зазвичай послаблюються і зникають протягом 2–3 тижнів.

4. Інформаційне повідомлення «Взаємодія АРВП з іншими лікарськими засобами» (10 хв.)

Взаємодія лікарських засобів (1)

- Під взаємодією ЛЗ розуміють зміну ефективності та безпеки одного ЛЗ при одночасному чи послідовному його застосуванні з іншим ЛЗ.
- Одночасне застосування декількох препаратів, в деяких випадках може покращити результат фармакотерапії, а інколи – підвищити небезпеку лікування та ризик виникнення побічних реакцій.
- За клінічними проявами взаємодію ЛЗ класифікують за фазами дії: фармацевтична, фармакокінетична, фармакодинамічна.

Слайд №27 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Під взаємодією ЛЗ розуміють зміну ефективності та безпеки одного ЛЗ при одночасному чи послідовному його застосуванні з іншим ЛЗ. Одночасне застосування декількох препаратів, в деяких випадках, може покращити результат фармакотерапії, а інколи – підвищити небезпеку лікування та ризик виникнення побічних реакцій. За клінічними проявами взаємодію ЛЗ класифікують за фазами дії: фармацевтична, фармакокінетична, фармакодинамічна.

При одночасному використанні декількох препаратів на організм хворого здійснюють вплив не тільки окремо взяті препарати, але і результат реакції взаємодії між ними.

Взаємодія лікарських засобів (2)	
Фармацевтична взаємодія	Несумісність ЛЗ за фізико-хімічними властивостями та результатами їх фармакологічної дії
Фармакокінетична взаємодія	Реакції взаємодії виникають в процесі всмоктування, перорозподілу, витіснення із білкових зв'язків, метаболізму (ферментативна індукція та інгібіція) та виведення ЛЗ
Фармакодинамічна взаємодія	Порушення виникнення та реалізації фармакологічного ефекту лікарського засобу

Слайд №28 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Фармацевтична взаємодія виникає в процесі виготовлення, зберігання, змішування ЛЗ; до введення їх в організм.

Одночасне використання несумісних ЛЗ призводить до їх інактивації, утворення токсичних сполук, утворення осаду, зміни смаку, кольору, запаху, консистенції.

Фармацевтична, із трьох механізмів взаємодії, найменше викликає розвиток клінічно значущих наслідків. Але не врахування наслідків взаємодії ЛЗ на фармацевтичній фазі може вплинути на наслідки лікування.

Реакції між ЛЗ, при фармакокінетичній взаємодії, виникають в процесі всмоктування, розподілу, витіснення із білкових зв'язків, метаболізму (ферментативна індукція та інгібіція) та виведення ЛЗ. Результат взаємодії ЛЗ на етапі фармакокінетичної фази є зміна концентрації ЛЗ в межах його дії. Як наслідок, фармакологічний ефект може підсилюватися або знижуватися, з іншого боку підвищується ризик виникнення побічних реакцій.

При взаємодії в фармакодинамічній фазі порушуються виникнення та реалізація фармакологічного ефекту, що реалізується: через зміну кінетики одного ЛЗ в органах мішенях іншим ЛЗ, зміною одним ЛЗ функції ефекторних клітин і органів, що суттєво впливає на дію іншого ЛЗ. В залежності від кінцевого результату фармакодинамічної взаємодії ЛЗ виокремлюють синергізм та антагонізм. У деяких випадках антагонізм є корисним: налоксон є специфічним антагоністом морфія, конкуруючи з ним за заповнення опіоїдних рецепторів.

Фармакокінетична взаємодія



Слайд №29 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Взаємодія ЛЗ на етапі всмоктування викликає як зниження, так і підвищення їхнього всмоктування в ШКТ. Взаємодія ЛЗ при всмоктуванні розвивається при їх одночасному застосуванні або при інтервалі прийому між ЛЗ менше ніж 2 год. Взаємодія ЛЗ при всмоктуванні особливо має значення для препаратів з коротким періодом напіввиведення (менше 12 год.).

На етапі перерозподілу і надходження ЛЗ в кров'яний потік, ЛЗ з більш високою здатністю з'єднуватися з білками крові, витісняючи їх із зв'язку з іншим ЛЗ, що призводить до підвищення концентрації в крові вільної фракції останнього, посилення його фармакологічної дії та виникнення небажаних ефектів. Відомі механізми перерозподілу ЛЗ при їхньої взаємодії на клітинному рівні.

ЛЗ продовжує взаємодіяти і після всмоктування в ШКТ, в процесі метаболізму в печінці. Під час біотрансформації змінюється не тільки хімічна будова та активність ЛЗ, але і самі препарати здійснюють значний вплив на функції ферментів печінки, активізуючи чи інгібуючи їх. Більше 200 ЛЗ здатні підвищувати активність мікосомальних ферментів печінки, внаслідок цього препарати прискорюють метаболізм інших препаратів, які приймаються одночасно з ними. Під час індукції ферментів печінки метаболізм ЛЗ прискорюється, а фармакологічна активність знижується і, навпаки, при інгібуванні ферментів печінки знижується метаболізм ЛЗ, що призводить до підвищення токсичності препаратів.

Взаємодія ЛЗ може продовжуватися і на етапі їхнього виведення із організму, перш за все із сечею та жовчю – основними шляхами елімінації. Поєднання використання ЛЗ змінює швидкість клубочкової фільтрації, каналцевої секреції та каналцевої реабсорбції.

Взаємодія на етапі всмоктування:

- утворення комплексів та хілатних сполук, які не всмоктуються в ШКТ;
- зміна рН шлункового вмісту;
- зміна складу нормальної мікрофлори ШКТ;
- зміна цілостності слизової оболонки кишківника;
- зміна моторики ШКТ;
- зміна активності глікопротеїну р.

Слайд №30 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Значно порушується всмоктування ЛЗ в ШКТ в тих випадках, коли ЛЗ зв'язується, або стає нерозчинним під дією іншого ЛЗ.

До зміни іонізації молекул ЛЗ та їх розчинності в жирах (і тим самим до зміни їхнього всмоктування) призводить підвищення або зниження кислотності шлунку. Так як неіонізовані ЛЗ всмоктуються в ШКТ краще іонізованих, то підвищення рН шлунку знижує всмоктування слабких кислот (підвищення їхньої іонізації призводить до зменшення їх розчинності в жирах і уповільнює всмоктування) та покращує всмоктування слабких основ.

Нормальна мікрофлора ШКТ бере активну участь у всмоктуванні деяких ЛЗ (естрогени, дигоксин), тому антибактеріальні ЛЗ, пригнічуючи нормальну мікрофлору ШКТ, можуть змінювати всмоктування ЛЗ.

Порушення цілостності слизової оболонки кишківника знижує всмоктування деяких ЛЗ: препарати заліза, ціанокобаламін, фолієва кислота.

Порушення моторики ШКТ може призводити або до прискорення, або до зменшення всмоктування ЛЗ. Підвищення швидкості моторики шлунку зазвичай підвищує швидкість всмоктування. При стимулюванні моторики кишківника (послаблюючі) всмоктування та біодоступність багатьох ЛЗ знижується.

Глікопротеїн Р – це АТФ-залежний білок-переносник, який локалізується на мембрані клітин слизової оболонки кишківника і бере участь у виведенні в порожнину кишківника деяких ЛЗ. Блокада глікопротеїну Р призводить до надмірного накопичення ЛЗ та розвитку ПР.

Взаємодія на етапі всмоктування. Антациди

- Можуть знизити біодоступність перш за все ATV, IDV, NFV внаслідок підвищення рН в шлунку.
- ATV, IDV приймати за 2 год. до або після антацидів.
- Для LPV/rtv, DRV/rtv, TPV не має значення, бо максимальне їх всмоктування відбувається в тонкому кишківнику.

Слайд №31 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

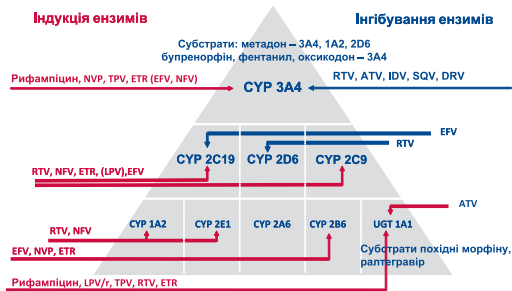
Антациди можуть знижувати біодоступність (перш за все ATV, IDV, NFV) внаслідок підвищення рН в шлунку. ATV, IDV слід приймати за 2 год. до або після антацидів. Для LPV/rtv, DRV/rtv, TPV не має значення, бо максимальне їх всмоктування відбувається в тонкому кишківнику.

Взаємодія на етапі всмоктування.

- **H₂-блокатори:**
 - неприпустимий одночасний прийом із ATV, резорбція інших ІП не порушується;
 - ННІЗТ: NVP (або EFV) + Циметидін – взаємодія протипоказана.
- **Інгібітори протонної помпи:**
 - протипоказано поєднання з ATV/rtv;
 - концентрація ATV/rtv може знижуватися на 70% при взаємодії з інгібіторами протонної помпи;
 - з іншими ІП взаємодія не має значення;
 - омепразол підвищує рівні RAL.

Слайд №32 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Взаємодія при метаболізмі (1)



G. Peytavin, EACS 2004, modifiziert nach Fichtenbaum et al, Clin Pharmacokinet, 2002

Слайд №33 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Більша кількість ЛЗ здатна підвищувати активність мікосомальних ферментів печінки, як наслідок, прискорюється активність мікосомальних ферментів печінки, які, в свою чергу, прискорюють метаболізм інших препаратів, що застосовуються одночасно з ними. Індукція ферментів печінки – абсолютне підвищення вмісту та/або активності ферментів унаслідок застосування будь-якої хімічної сполуки. Інгібування ферментів метаболізму – пригнічення активності ферментів метаболізму під дією ЛЗ.

60% усіх взаємодій проходить CYP3A4.

NVP перетворюється через CYP3A4 та CYP2B6.

EFV перетворюється через CYP3A4 та 2C9/2C19.

RTV блокує CYP3A4 та 2D6, але активує CYP1A2/4, 2C9, 2C19.

СYP 3A4/5

Субстраты	Інгібітори	Індуктори
ІП: SQV, NFV, FPV	ІП: ATV, IDV, RTV, LPV, TPV	ННІЗТ: NVP, EFV
Азитроміцин	Еритроміцин, Кларитроміцин, Ци-профлосацин, Норфлосацин	Рифампіцин, Рифабутін
Антигістамінні	Азоли	Барбітурати
Метадон	Грейпфрутовий сок	Карбамазепін
Кофеїн		Фенобарбітал
Кодеїн		Фенитоїн
Галоперидол		Глюкокортикоїди

Слайд №34 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

У біотрансформації ЛЗ бере участь більше 30 сімейств ферментів. Найбільш значуще сімейство цитохрома Р450. В метаболізмі АРТ, в більшості випадків, задіяні СYP3A4, СYP3A5, СYP2D6, СYP2C19.

До найбільш значущих індукторів СYP3A4 відносять: карбамазепін, фенобарбітал, рифампіцин, препарати звіробоя. Також індукторами СYP3A4 є ННІЗТ.

До інгібіторів СYP3A4 відносять: макролідні антибактеріальні ЛЗ, азоли, ІП. Макролідні антибіотики за інгібуючими властивостями, які не впливають на активність ізоферментів (азитроміцин), розподіляють на сильні інгібітори (еритроміцин) та на помірні (кларитроміцин).

Взаємодія при метаболізмі (2):

- інгібування розвивається швидше, ніж індукція;
- на швидкість інгібування впливає доза інгібітора, шлях введення;
- деякі інгібітори в високих дозах пригнічують активність одночасно декількох ферментів (флуконазол в дозі 100 мг/доб пригнічує активність ізоферменту цитохрома Р 450 2С9, а в дозі 400 мг/доб – і ізофермента 3А4);
- можуть взаємодіяти, як ферменти цитохрома Р450, так і уридиндифосват-глюкуронілтрансферази (RAL).

Слайд №35 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Інгібування ферментів, зазвичай, обумовлено конкурентною дією ЛЗ в місці зв'язування ферментів. Початок і кінець інгібування залежать від концентрації інгібуючого ЛЗ в сироватці крові. Завершення інгібування повільне, оскільки для заміщення інактивних комплексів повинен бути синтезований новий фермент. Інгібування ферментів метаболізму ЛЗ призводить до підвищення концентрації в сироватці крові ЛЗ – субстратів ферментів, що може бути причиною розвитку побічної реакції. Інгібування розвивається швидше індукції (виявляється через 24 год. після введення препарату). На швидкість інгібування впливає доза інгібітора (чим вона вища, тим сильніше діє), а також шлях введення (при внутрішньовенному введенні взаємодія розвивається швидше).

Уридиндифосват-глюкуронілтрансферазам приділяється менше уваги, ніж CYP-ферментам. Але вони також відповідальні за метаболізм багатьох ЛЗ.

Взаємодія АРВП і протигрибкових препаратів

Препарати	EFV	NVP	ETR	LPV/r	DRV	RAL
Флуконазол	Дані відсутні	Рівні NVP ↑ Можлива гелатотоксичність	Дані відсутні	Дані відсутні	Дані відсутні	Взаємодія відсутня
Кетоконазол	Дані відсутні	Кетоконазол ↓ на 63%; NVP ↑ на 15–30%; не рекомендовано призначати одночасно	ETR ↑ Кетоконазол ↓	Кетоконазол ↑ в 3 рази, не більше 200 мг/доб кетоконазола	AUC DRV ↑; рівні азола ↑ в 3 рази; не більше 200 мг кетоконазола за добу	Взаємодія відсутня
Воріконазол	AUC воріконазол ↓ на 77%, а EFV ↑ на 44%	Дані відсутні; можливо NVP ↑ а воріконазол ↓	ETR ↑ Воріконазол ↑	Воріконазол ↓ на 40% в дозі 200 мг/доб	Воріконазол ↓ на 40%	Взаємодія відсутня
Ітраконазол	Ітраконазол знижується на 40%	Ітраконазол знижується	ETR ↑ Ітраконазол ↓	Не більше 200 мг/доб ітраконазола	Дані відсутні; не більше 200 мг/доб	Взаємодія відсутня

Слайд №36 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

RAL не метаболізується ізоферментом 3A4 системи цитохрома P450, не є ні індуктором, ні інгібітором цього ферменту. Тому не очікується, що він буде змінювати фармакокінетику ННІЗТ, ІП, метадону та інших препаратів.

Взаємодія АРВП і ПТП

Препарати	EFV	NVP	ETR	LPV/r	DRV	RAL
Рифампіцин	EFV ↓ на 25%, EFV в дозі 600–800 мг/доб	NVP ↓ на 58%, не призначати одночасно	ETR ↓, не призначати одночасно	AUC LPV ↓ на 75%, не призначати одночасно	Не призначати одночасно	AUC RAL знижується; не призначати одночасно або RAL 800 мг x 2 р/доб
Рифабутин	EFV не змінюється, Rb ↓ на 35%; ↑ дозу Rb до 450 мг/доб або 600 мг 3 р/тиж; EFV стандартна доза	NVP ↓ на 16%, Rb: рівні не змінюються; NVP, Rb стандартна доза	AUC ETR ↓ на 37%, AUC Rb ↓ на 17%	LPV/r ↓ на 17%, Rb ↑ в 3 рази; зменшити дозу Rb до 150 мг через день або 150 мг/3 р/тиж; LPV/r стандартна доза	Rb 150 мг/через день, або 150 мг/3 р/тиж, DRV стандартна доза	Відсутня необхідність корекції дози
Кларитроміцин	Clr ↓ на 39%, контролювати ефективність або не призначати	NVP ↑ на 26%, Clr на 30%; стандартна доза, краще призначати азитроміцин	Clr ↓ на 39%, призначати азитроміцин	AUC Clr ↑ на 77%, необхідно корегувати дозу Clr	Clr на ↑ 57%, необхідно корегувати дозу Clr	Взаємодія відсутня

Слайд №37 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

R стимулює активність ферментів системи цитохромів печінки P450, яка забезпечує метаболізм ІП та ННІЗТ, що призводить до зниження рівнів ІП до 75%.

ІП та ННІЗТ можуть активувати, або пригнічувати систему цитохромів P450 та призводити до підвищення рівня R. Це, в свою чергу, може викликати тяжку гепатотоксичну реакцію.

Слід уникати одночасного призначення ІП з рифампіцином.

Якщо схема АРТ включає ІП, в АМБТ, то рекомендовано застосування рифабутину.

Рівень концентрації EFV знижується на 25% при одночасному застосуванні з R. Рекомендовано дозу EFV в разі застосування з R збільшити до 800 мг/доб, якщо вага пацієнта перевищує 60 кг.

NVP не рекомендовано одночасно застосовувати з R через посилення гепатотоксичності.

Якщо це можливо, то використання кларитроміцину слід уникати у тих пацієнтів, які живуть з резистентним ТБ і ВІЛ, оскільки спостерігається слабка ефективність проти резистентного ТБ. Варто пам'ятати, що кларитроміцин має численні взаємодії з іншими лікарськими засобами.

Взаємодія АРВП, гіполіпідемічних препаратів та оральних контрацептивів

Препарати	EFV	NVP	ETR	LPV/r	DRV	RAL
Аторвастатін	AUC статину ↓ на 43%	Дані відсутні	AUC на ↓ 37%; призначати стандартні дози	Рівні статину ↑ в 5 раз; починати з 10 мг/доб і відслідковувати ПР або призначати альтернативний препарат	Рівні статину ↑ в 4 раз; починати з 10 мг/доб і відслідковувати ПР або призначати альтернативний препарат	Взаємодія відсутня
Правастатін	AUC статину ↓ на 40%	Дані відсутні	Відсутні взаємодії	Рівні статину ↑ на 33%; призначати стандартні дози	AUC статину ↑ на 81%; відслідковувати ПР або призначати альтернативний препарат	Взаємодія відсутня
Оральні контрацептиви	Застосовувати інший метод контрацепції	Застосовувати інший метод контрацепції	Відсутня необхідність в корекції дози	Застосовувати інший метод контрацепції	Застосовувати інший метод контрацепції	Взаємодія відсутня

Слайд №38 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Більшість статинів метаболізується ізоферментом 3A4 системи цитохрома P450. Найбільш суттєво змінюються рівні ловастатіна та сімвастатіна. Аторвастатін метаболізується цим ферментом частково. Пригнічення активності ізофермента 3A4 призводить до суттєвого підвищення ризику розвитку токсичних ефектів при одночасному застосуванні з інгібіторами протеази.

Взаємодія АРВП, метадону та протисудомних препаратів

Препарати	EFV	NVP	ETR	LPV/r	DRV	RAL
Метадон	Взаємодія відсутня; призначати стандартні дози	Рівні NVP не змінюються; рівні метадону ↓ на 60%	Взаємодія відсутня; призначати стандартні дози	Рівні метадону ↓ на 35%; відслідковувати синдром відміни	Рівні метадону ↓ на 16%	Взаємодія відсутня
Фенобарбітал	Не призначати одночасно	Взаємодія не достатньо вивчена; можливо ↓ рівні NVP	Взаємодія не достатньо вивчена; можливо ↓ рівнів ETR	AUC LPV/r ↓; не призначати одночасно	Виражене зниження AUC DRV; не призначати одночасно	Взаємодія відсутня
Карбамазепін	Карбамазепін ↓ на 27%; EFV ↓ на 36%; не призначати одночасно	Взаємодія не достатньо вивчена; можливо ↓ рівні NVP	Взаємодія не достатньо вивчена; можливо ↓ рівнів ETR	AUC карбамазепіна ↑; розглянути можливість призначення препаратів вальпроєвої кислоти	Виражене зниження AUC DRV; не призначати одночасно	Взаємодія відсутня

Слайд №39 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

Використання довідкових матеріалів щодо оцінки взаємодії лікарських засобів

- Наявність інформації в керівництвах ВООЗ, Бартлетт, DHNS, EACS.
- Звернення до інтернет-ресурсу та сайтів, які містять інформацію щодо взаємодії ЛЗ:
 - <http://clinicaloptions.com>
 - www.hiv-druginteractions.org

Слайд №40 презентації «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП»

5. Розгляд ситуаційних задач (10 хв.)

Після завершення інформаційного повідомлення тренер пропонує учасникам розглянути ситуаційні задачі на тему «Побічні реакції АРВП. Взаємодії АРВП».

Тренер об'єднує учасників у 4 малі групи, роздає кожній групі по 1 ситуаційній задачі з умовою задачі, переліком запитань для обговорення, без варіантів відповідей.

Ситуаційні задачі подано у Додатку 1 до Теми 3.1.4.

Кожна група повинна протягом декількох хвилин розглянути задачу, визначити спікера, який оголосить результати обговорення, які мають бути коротко зафіксовані на фліпчарті.

Після того, як час на підготовку вичерпано, кожна група представляє свою задачу. У ході обговорення тренер пропонує правильні варіанти відповідей. Під час обговорення задач, тренер може доповнювати варіанти відповідей, ставити додаткові запитання, пов'язуючи лекційний матеріал із ситуаційними задачами.

6. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Наприкінці тренер акцентує увагу на застосуванні стандартизованих схем АРТ, які дозволяють лікарю і пацієнту бути готовими до виникнення найтипівіших побічних реакцій, обумовлених АРВ-препаратами та їх комбінаціями, передбачити можливу взаємодію з іншими лікарськими засобами, які отримує пацієнт з метою профілактики та лікування ОІ, інших захворювань та станів. Для НІЗТ характерними є прояви мітохондріальної токсичності.

НІЗТ здатні викликати широкий спектр побічних реакцій: периферична полінейропатія, ліпоатрофія, мієлосупресія, лактацидоз, панкреатит, кардіоміопатія, гепатит, розлади ШКТ. ННІЗТ досить часто спричиняють висипку та прояви гепатотоксичності. ІП можуть викликати діарею, що є ранньою побічною реакцією, проте важкі форми зустрічаються нечасто.

ІП спричиняють порушення метаболізму ліпідів. ІП можуть спричинити інсулінорезистентність і цукровий діабет. Одночасне застосування декількох препаратів, в деяких випадках, може покращити результат фармакотерапії, а інколи – підвищити небезпеку лікування та ризик виникнення побічних реакцій.

Контрольні запитання

- Назвіть клас-специфічні ПР НІЗТ.
- Назвіть клас-специфічні ПР ННІЗТ.
- Назвіть клас-специфічні ПР ІП.
- Для якого препарату АРТ характерна нейротоксичність?
- Для якого препарату АРТ характерна ниркова недостатність?
- Назвіть передбачувані ПР NVP.
- Тактика ведення пацієнта при мієлотоксичності на фоні АРТ?
- Тактика ведення пацієнта при гепатотоксичності на фоні АРТ?
- Назвіть основні індуктори системи CYP3A4.
- Назвіть основні інгібітори системи CYP3A4.
- Особливості взаємодії АРТ та АМБТ?

Література

1. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551.
2. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галант, П. Фал – М. : Р. Валент, 2012. – 528 с.
3. Хоффман К. Лечение ВИЧ-инфекции / К. Хоффман, Ю. Рокштро. – М. : Р. Валент, 2011. – 736 с.
4. Вікторов О.П. Безпека лікарських засобів. Керівництво по фармаконагляду / О.П. Вікторов, В.І. Мальцев. – К., 2007.

Додаток 1 до Підтеми 3.1.4

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

ЗАДАЧА 1

Чоловік, 33 роки; вага 70 кг; зріст 180 см. Не працює.

ВІЛ-інфекцію виявлено 5 років тому, коли проходив лікування з приводу загострення ХГС.

СІН в минулому, зловживає алкоголем, в анамнезі 2 суїцидальні спроби.

Рік тому завершив повний курс лікування вогнищового туберкульозу легенів.

За останній рік – 2 рази хворів Herpes Zoster.

Скарги на загальну слабкість; температура тіла в межах норми.

Обстеження

- Нb – 126 г/л; Еритроцити – $3,0 \times 10^{12}$ /л.
- Лейкоцити – $3,2 \times 10^9$ /л; Тромбоцити – 80×10^9 /л.
- АЛТ – 98 МО/л; АСТ – 74 МО/л; білірубін – 21,5 мкмоль/л, сечовина – 4,3 ммоль/л, креатинин – 79 мкмоль/л, цукор – 3,6 ммоль/л.
- ВН – 35 000 РНК коп/мл.
- RW – негатив.
- Anti Tox.g – нег.
- Anti HCV позит., РНК ВГС позитив, HBsAg нег.
- Рентгенографія легенів: вогнище фіброзу в верхній долі правої легенів.
- УЗД ОЧП: ознаки хронічного гепатиту.
- 380 кл./мкл (рік тому).
- 112 кл./мкл (на теперішній час).

Запитання:

- Сформулюйте діагноз.
- Чи призначите Ви АРТ цьому пацієнту?
- За необхідності призначте додаткові обстеження. Якщо так, то яку схему? Якщо ні, то чому?
- Проконсультуйте пацієнта по очікуваним ПР.

Інформація для тренера до Задачі 1

Відповіді на запитання

ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Залишкові зміни після перенесеного туберкульозу легенів. Кат. 5.1. Рецидивуюча герпесвірусна інфекція (Herpes Zoster). Хронічний гепатит С.

Пацієнту показана АРТ за схемою: TDF/FTC + LPV/r (схеми з ННІЗТ: EFV та NVP мають протипоказання, враховуючи підвищений рівень ферментів печінки (для EFV та NVP) та суїцидальні спроби в анамнезі (для EFV).

Дообстеження:

- у пацієнта кліренс креатинину: 95 мг/хв;
- загальний аналіз сечі в межах норми;
- ліпіди фракційно: холестерин 6,5 ммоль/л, ЛПВЩ 1,6 ммоль/л, ЛПНЩ 4,7 ммоль/л, КА 1,2;

- очікувані ПР: нефротоксичність (TDF), розлади ШКТ (LPV/r), ліподистрофія (LPV/r), порушення обміну ліпідів (LPV/r), інсулінорезистентність (LPV/r).

ЗАДАЧА 2

Пацієнтка 45 років, вага 60 кг; зріст 170 см. Працює пекарем, має нічні зміни.

ВІЛ-інфекцію виявлено 4 роки тому, обстежилася за власним бажанням, від АРТ відмовлялася.

Скарги: зниження маси тіла, часті рецидиви кандидозу ротової порожнини; температура тіла в межах норми.

В анамнезі цукровий діабет II типу. Діабетична нефропатія. Діабетична перифірична полінейропатія.

Отримує: флуконазол 200 мг/доб, бісептол 960 мг/доб, глюкофаж 1500 мг/доб.

Обстеження

- Нв – 120 г/л; Еритроцити – $4,0 \times 10^{12}$ /л; Лейкоцити – $5,0 \times 10^9$ /л.
- Тромбоцити – 159×10^9 /л.
- АЛТ – 67 МО/л; АСТ – 58 МО/л; сечовина – 8,3 ммоль/л, креатинин – 140 мкмоль/л, цукор – 3,6 ммоль/л.
- RW – негатив.
- Anti Tox.g – негатив.
- Anti HCV негатив., HBsAg негатив.
- Рентгенографія легенів в нормі.
- УЗД ОЧП: ознаки хронічного холециститу, хронічного гепатиту.
- СД4 – 145 кл./мкл.
- ВН – 60 000 РНК коп/мл.

Запитання

- Сформулюйте діагноз.
- Чи призначите Ви АРТ цій пацієнтці?
- Якщо так, то яку схему? Обґрунтуйте призначення.
- Якщо ні, то чому?
- Проконсультуйте пацієнтку по очікуваним ПР.
- Оцініть можливу взаємодію ЛЗ.

Інформація для тренера до Задачі 2

Відповіді на запитання

- ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія III. Кандидоз слизової оболонки порожнини рота. Цукровий діабет II типу. Діабетична нефропатія. Діабетична перифірична полінейропатія.
- Пацієнтці показано АРТ за схемою: AZT/3ТС + NVP (схема з TDF проти-показана через захворювання нирок в анамнезі; EFV небажано, так як пацієнтка працює в нічні зміни; LPV/r протипоказаний через наявність цукрового діабету).
- Очікувані ПР: розлади ШКТ (AZT), міелосупресія (AZT), гепатотоксичність (NVP), висипка (NVP), ліпоатрофія (AZT).
- Взаємодія ЛЗ: НІЗТ не метаболізуються системою цитохрому Р450, тому не вступають в небажані лікарські взаємодії; при одночасному прийомі флуконазолу та NVP можливе підвищення рівня останнього і

виникнення проявів гепатотоксичності; невідомі небажані взаємодії з АРТ бісептола та глюкофажа.

ЗАДАЧА 3

Пацієнт, 38 років, вага 62 кг, зріст 178 см. СІН в анамнезі; в теперішній час – клієнт програми ЗПТ.

ВІЛ виявлено 3 роки тому, коли знаходився в місцях позбавлення волі.

На сьогодні знаходиться в протитуберкульозному диспансері з приводу туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.

Отримує лікування: RHZE (8 тижнів) + бісептол + флуконазол 200 мг/доб, метадон 80 мг/доб.

В анамнезі неодноразово лікувався в інфекційному відділенні з приводу загострення ХГС.

Обстеження

- Нь – 110 г/л; Еритроцити – $4,2 \times 10^{12}$ /л; Лейкоцити – $3,8 \times 10^9$ /л; Тромбоцити – 100×10^9 /л.
- АЛТ – 90 МО/л; АСТ – 78 МО/л; сечовина – 6,0 ммоль/л, креатинин – 90 мкмоль/л, цукор – 4,6 ммоль/л.
- RW – негатив.
- Anti Tox.g – позитив.
- Anti HCV позит., РНК ВГС позитив, HBsAg позит., ДНК ВГВ позитив.
- КТ ОГК: внутрішньогрудні лімфатичні вузли в діаметрі 12–14 мм.
- УЗД ОЧП: ознаки хронічного панкреатиту, хронічного гепатиту.
- СД4 – 10 кл./мкл.
- ВН – 580 000 РНК коп/мл.

Запитання

- Сформулюйте діагноз.
- Чи призначите Ви АРТ цьому пацієнту?
- Якщо так, то яку схему? Обґрунтуйте призначення.
- Якщо ні, то чому?
- Проконсультуйте пацієнта по очікуваним ПР.
- Оцініть можливу взаємодію ЛЗ.

Інформація для тренера до Задачі 3

Відповіді на запитання

- ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія ІV. Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Кандидоз слизової оболонки порожнини роту. Опіоїдна залежність. Хронічний гепатит В+С.
- Пацієнту показано призначення АРТ за схемою: TDF/FTC + EFV (враховуючи коінфекцію ВІЛ/ВГВ, показана схема з TDF; схема з EFV показана через небажані взаємодії рифампіцину та метадона з ІП). Перед призначенням TDF необхідним є розрахунок кліренса креатинину.
- Очікувані ПР: нефротоксичність (TDF), гепатотоксичність (EFV), висипка (EFV), розлади ЦНС (EFV).
- Взаємодія ЛЗ: НІЗТ не метаболізуються системою цитохрому Р450, тому не вступають в небажані лікарські взаємодії; рівень концентрації

EFV знижується на 25% при одночасному застосуванні з R, рекомендовано дозу EFV в разі застосування з R збільшити до 800 мг/доб, якщо вага пацієнта перевищує 60 кг; взаємодія метадону та EFV відсутні, призначати звичайні дози.

ЗАДАЧА 4

Пацієнтка, 58 років, вага 76 кг, зріст 178 см.

ВІЛ-інфекцію виявлено 2 міс. і тому була обстежена як контактна з ВІЛ-позитивним чоловіком. Схильна до депресії; температура тіла в межах норми.

Отримує: ПЛІ (Н 300 мг/доб), бісептол 960 мг/доб

В анамнезі: хронічний пієлонефрит; ІХС, ГХ II ст, атеросклероз судин головного мозку; отримує конкор 5 мг/доб, аторвастатин 20 мг/доб

Обстеження

- Нb – 88 г/л; Еритроцити – $3,0 \times 10^{12}$ /л; Лейкоцити – $2,8 \times 10^9$ /л; Тромбоцити – 118×10^9 /л.
- АЛТ – 38 МО/л; АСТ –36 МО/л; сечовина – 7,0 ммоль/л, креатинин – 88 мкмоль/л, цукор – 5,0 ммоль/л.
- RW – негатив.
- Anti Tox.g – позитив.
- Anti HCV негатив., HBsAg негатив.
- Рентгенографія легенів в межах норми.
- СД4 – 365 кл./мкл.
- ВН – 120 000 РНК коп/мл.

Запитання

- Сформулюйте діагноз.
- Чи призначите Ви АРТ цій пацієнтці?
- Якщо так, то яку схему? Обґрунтуйте призначення.
- Якщо ні, то чому?
- Проконсультуйте пацієнтку по очікуваним ПР.
- Оцініть можливу взаємодію ЛЗ.

Інформація для тренера до Задачі 4

Відповіді на запитання

- ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія I. Безсимптомна. Хронічний пієлонефрит; ІХС, ГХ II ст, атеросклероз судин головного мозку. Анемія.
- Пацієнтці показано АРТ за схемою: ABC/ЗТС + LPV/r (враховуючи анемію та хронічний пієлонефрит, протипоказані схеми на основі НІЗТ – AZT та TDF; через схильність до депресії не призначати EFV).
- Очікувані ПР: реакція гіперчутливості (ABC), розлади ШКТ (LPV/r), ліподистрофія (LPV/r), порушення обміну ліпідів (LPV/r), інсулінорезистентність (LPV/r).
- Взаємодія ЛЗ: НІЗТ не метаболізуються системою цитохрому Р450, тому не вступають в небажані лікарські взаємодії; при одночасному застосуванні LPV/r та статинів, рівні статину підвищуються в 5 раз; починати з 10 мг/доб і відслідковувати ПР, або призначати альтернативний препарат.

ТЕМА 3.2. ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ ТА СУПУТНИХ ПАТОЛОГІЙ (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання

1. Надати інформацію щодо актуальності ОІ та сучасні підходи до їх лікування.
2. Підвищити обізнаність щодо основних клінічних, лабораторних та інструментальних ознак ОІ.
3. Надати інформацію щодо профілактики ОІ, препаратів, які використовуються, їх дозування та термінів призначення.
4. Розглянути основи лікування ОІ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - принципи профілактики та лікування ОІ;
 - препарати та їх дозування, які застосовують для профілактики та лікування ОІ;
 - призначення лікування та профілактики ОІ згідно національних та міжнародних стандартів.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - виявляти основні клінічні, лабораторні та інструментальні ознаки ОІ;
 - призначати ефективне лікування ОІ.

ПІДТЕМА 3.2.1. ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА, ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНИХ ТА ПАРАЗИТАРНИХ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ (45 ХВ.)

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Мозковий штурм «Основні відмінності ОІ від інфекцій, що виникають у пацієнтів з нормальним імунітетом»	5 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, презентація до підтема 3.2.1 «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»
2.	Інформаційне повідомлення «Актуальність ОІ та сучасні проблеми щодо їх лікування»	5 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.2.1 «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
3.	Вправи «ОІ та інші захворювання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією»	5 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери,
4.	Інформаційне повідомлення «Діагностика, профілактика та лікування ТБ, бактеріальних пневмоній, атипового мікобактеріозу, церебрального токсоплазмозу»	15 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.2.1 «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»
5.	Розгляд ситуаційної задачі	10 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, маркери, презентація до теми «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»
6.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Мозковий штурм «Основні відмінності ОІ від інфекцій, що виникають у пацієнтів із нормальним імунітетом» (5 хв.)

Мозковий штурм

Які, на Вашу думку, основні відмінності опортуністичних інфекцій від інфекцій, що виникають у пацієнтів з нормальним імунітетом?

З чим пов'язаний їх розвиток?

Слайд №3 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

До широкого використання потужної комбінованої АРТ, ОІ, що визначаються як інфекції, які є більш частими або більш важкими через імунодефіцит у ВІЛ-інфікованих осіб, були основними причинами захворюваності та смертності в цій групі населення.

На початку 1990-х рр., використання хіміопротекції, імунізації і більш ефективних стратегій боротьби з гострими ОІ сприяло поліпшенню якості життя ВІЛ-інфікованих осіб та підвищенню рівня їхнього виживання. Широке застосування активної АРТ найбільше вплинуло на зниження смертності, пов'язаної з ОІ, у ВІЛ-інфікованих осіб.

Тренер звертається до учасників із запитанням:

«Які, на Вашу думку, основні відмінності опортуністичних інфекцій від інфекцій, що виникають у пацієнтів із нормальним імунітетом? З чим пов'язаний їхній розвиток?».

Учасники називають, а тренер фіксує всі їх вислови на фліпчарті. За допомогою мозкового штурму тренер зможе оцінити рівень обізнаності аудиторії про ОІ та причини їх виникнення. Після мозкового штурму тренер переходить до презентації.

2. Інформаційне повідомлення «Актуальність ОІ та сучасні проблеми щодо їх лікування» (5 хв.)

Вплив доступу до АРТ на тривалість життя пацієнтів в стадії СНІД

- Очікувана тривалість життя після виявлення першого СНІД-індикаторного захворювання до епохи ВААРТ становила не більше 2–3 років.
- Забезпечення доступу до АРТ дозволяє зменшити витрати на лікування опортуністичних інфекцій, стаціонарне лікування та догляд за важкими пацієнтами.
- Сьогодні пацієнти після встановлення діагнозу СНІД живуть більше 15 років за умов:
 - правильного лікування ОІ;
 - правильного діагнозу ОІ;
 - доступу до АРТ;
 - доступу до первинної та вторинної профілактики ОІ.
- Більшість важких ОІ діагностуються при пізньому виявленні ВІЛ-інфекції або за відсутності систематичного диспансерного спостереження за ВІЛ-інфікованим пацієнтом, або відсутності адекватної медичної допомоги і підтримки.
- СНІД залишається загрозливим для життя захворюванням.

Слайд №4 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

У багатьох країнах світу, розповсюджені в минулому ОІ, зустрічаються рідко. У першу чергу, це стосується інфекцій, що виникають за важкої імуносупресії – цитомегаловірусна інфекція, атипові мікобактеріози (СМВ, МАК). З появою АРТ захворюваність цими інфекціями суттєво знизилась. Очікувана тривалість життя після виявлення першого СНІД-індикаторного захворювання до епохи ВААРТ становила не більше 2–3 років.

Сьогодні пацієнти після встановлення діагнозу СНІД живуть більше 15 років, за умов:

- правильного лікування ОІ;
- правильного діагнозу ОІ;
- доступу до АРТ;
- доступу до первинної та вторинної профілактики ОІ.

Крім того, АРТ не тільки знизила показники захворюваності ОІ, але і суттєво змінила їх протікання.

Для України проблема ОІ залишається актуальною. Більшість важких ОІ діагностуються при пізньому виявленні ВІЛ-інфекції або за відсутності система-

тичного диспансерного спостереження за ВІЛ-інфікованим пацієнтом, або відсутності адекватної медичної допомоги та підтримки. Оскільки СНІД залишається загрозливим для життя, кожний лікар, який займається лікуванням ВІЛ-інфікованих, повинен вміти діагностувати та лікувати ОІ.

Чому ОІ залишаються актуальними

Навіть у випадку повного доступу до АРТ, ОІ продовжуватимуть викликати захворюваність і смертність з трьох основних причин:

- не всі ВІЛ-інфіковані особи знають про свій ВІЛ статус, і багато хто звертається з ОІ як із початковою ознакою ВІЛ-інфекції;
- частині людей відомо про їхній ВІЛ-позитивний статус, але вони не приймають АРТ через психологічні та економічні чинники;
- частина пацієнтів, які знаходяться під медичним наглядом та отримують АРТ, не досягають достатньої вірусологічної та імунологічної відповіді через нерегулярні візити до медичних закладів, низьку прихильність, несприятливу фармакокінетику чи незрозумілі біологічні фактори.

Слайд №5 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Навіть у випадку повного доступу до АРТ, ОІ продовжуватимуть викликати захворюваність і смертність з трьох основних причин:

- не всі ВІЛ-інфіковані особи знають про свій ВІЛ-статус, і багато з них звертається з ОІ як з початковими ознаками ВІЛ-інфекції;
- частині людей відомо про їхній ВІЛ-позитивний статус, але вони не приймають АРТ через психологічні та економічні чинники;
- частина пацієнтів, які знаходяться під медичним наглядом та отримують АРТ, не досягають достатньої вірусологічної та імунологічної відповіді через нерегулярні візити до медичних закладів, низьку прихильність, несприятливу фармакокінетику чи незрозумілі біологічні фактори.

Сучасні проблеми лікування ОІ (1)

- Відсутність ефективного лікування деяких ОІ (криптоспоридіоз, ПМЛ).
- Проблема резистентності збудників ОІ до лікарських засобів (туберкульоз, пневмоцистна пневмонія).
- АРТ не завжди призводить до швидкого поліпшення стану (у порівнянні з ВН), імунологічна відповідь на лікування (відновлення кількості та функції CD4) – гірше піддається корекції: більш повільне і не завжди повне відновлення.
- АРТ може погіршити стан хворого (активація і атипичний перебіг ОІ на тлі СВІС), особливо при дуже низькій вихідній кількості CD4.
- Труднощі з діагностикою деяких ОІ.

Слайд №6 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Хоча за останні роки досягнуті значні успіхи в діагностиці та лікуванні ОІ, проте деякі проблеми залишаються досить актуальними: відсутні ефективні методи лікування деяких ОІ (криптоспоридіоз, прогресуюча мультифокальна лей-

коенцефалопатія (ПМЛ). Нагальним постає питання резистентності деяких збудників ОІ до препаратів (туберкульоз, пневмоцистна пневмонія). АРТ не завжди призводить до швидкого поліпшення стану (у порівнянні з вірусним навантаженням), імунологічна відповідь на лікування (відновлення кількості та функції CD4 – гірше піддається корекції: більш повільне і не завжди повне відновлення). АРТ може погіршити стан хворого (активація і атипичний перебіг ОІ на тлі синдрому відновлення імунної системи), особливо за дуже низької вихідної кількості CD4; через низку чинників залишається актуальною проблема діагностики деяких ОІ (МАК, туберкульоз).

Сучасні проблеми лікування ОІ (2)

- Недоступність лікування ОІ, супутніх захворювань і ускладнень призводить до зростання випадків смерті від СНІД-індикаторних захворювань.
- Ефективне лікування ОІ, супутніх захворювань і ускладнень – необхідна умова успіху програми впровадження АРТ.
- Протягом останніх років відсутнє державне фінансування діагностики та лікування ОІ. Усе лікування – за рахунок коштів місцевих бюджетів, Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та власних коштів пацієнта.
- Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (в редакції від 05.12.2012 р. № 5460-VI) передбачено право для ВІЛ-інфікованих пацієнтів на безкоштовне забезпечення АРТ та лікування ОІ.
- Незважаючи на той факт, що «Загальнодержавною цільовою соціальною програмою протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» (затверджена Законом України від 20.10.2014 р. №1708-VII) передбачено кошти на скринінг, діагностику та лікування ОІ в 2009, 2010, 2011 роках, Законами України про Державний бюджет України на 2009–2014 роки зазначені кошти передбачені не були.

Слайд №7 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Недоступність лікування ОІ, супутніх захворювань і ускладнень призводить до зростання випадків смерті від СНІД-індикаторних захворювань. Ефективне лікування ОІ, супутніх захворювань і ускладнень – необхідна умова успіху програми впровадження АРТ. Протягом останніх років відсутнє державне фінансування діагностики та лікування ОІ. Усе лікування – за рахунок коштів місцевих бюджетів, Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та власних коштів пацієнта. Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (в редакції від 05.12.2012 р. №5460-VI) передбачено право для ВІЛ-інфікованих пацієнтів на безкоштовне забезпечення АРТ та лікування ОІ. Незважаючи на той факт, що «Загальнодержавною цільовою соціальною програмою протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» (затверджена Законом України від 20.10.2014 р. №1708-VII) передбачено кошти на скринінг, діагностику та лікування ОІ в 2009, 2010, 2011 рр., Законами України про Державний бюджет України на 2009–2014 рр. зазначені кошти передбачені не були.

3. Вправа «ОІ та інші захворювання пов'язані з ВІЛ-інфекцією» (5 хв.)

ОІ та інші захворювання, пов'язані з ВІЛ				
Бактеріальні інфекції	Грибкові інфекції	Вірусні інфекції	Паразитарні інфекції	Інші захворювання
<ul style="list-style-type: none"> • Туберкульоз • Бактеріальні респіраторні інфекції • Бактеріальні кишкові інфекції • Атиповий мікобактеріоз • Бартонельоз 	<ul style="list-style-type: none"> • Кандидозний езофагіт • Криптококоз • Гістоплазмоз • Пневмоцистна пневмонія • Кокцидіомікоз (кокцидіоїдоз) 	<ul style="list-style-type: none"> • Інфекції, викликані герпетичними вірусами • Інфекція, викликана вірусом папіломи людини • Гепатити В та С 	<ul style="list-style-type: none"> • Токсоплазмоз • Криптоспоридіоз • Мікроспоридіоз • Ізоспороз • Лейшманіоз 	<ul style="list-style-type: none"> • Саркома Капоші • Неходжкінські лімфоми • Цервікальний рак • ВІЛ-енцефалопатія • Вакулярна мієлопатія • Прогресуюча багатоголищева лейкоенцефалопатія

Слайд №8 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Тренер об'єднує учасників у 5 груп. Пропонує кожній групі назвати ОІ, пов'язані з ВІЛ:

1-й групі – бактеріальні інфекції;

2-й групі – грибкові;

3-й групі – вірусні;

4-й групі – паразитарні;

5-й групі – інші захворювання.

Тренер фіксує відповіді груп на аркуші паперу для фліпчарту. За кожну правильну відповідь ставиться один бал. Після того, як учасники надали відповіді, тренер демонструє слайд з правильними відповідями та підсумовує бали.

За сумою балів визначається група-переможець.

4. Інформаційне повідомлення «Діагностика, профілактика та лікування ТБ, бактеріальних пневмоній, атипового мікобактеріозу, церебрального токсоплазмозу» (15 хв.)

Туберкульоз

Збудник: *Mycobacterium tuberculosis*

Ризик розвитку туберкульозу у ВІЛ-негативних осіб, інфікованих МБТ, становить 5–10% протягом усього життя, тоді як у ВІЛ-позитивних людей він становить 10% на рік.

У ВІЛ-інфікованих реактивація туберкульозу та розвиток вторинного туберкульозу розвивається частіше, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів.

Пацієнти з ВІЛ-інфекцією більш схильні до повторного інфікування особливо у сімейних осередках, закритих колективах та при ув'язненні.

У випадку важкого імунодефіциту зростає частота позалегенової форми туберкульозу, у тому числі міліарного з ураженням декількох органів та систем.

Основні клінічні прояви:

- субфебрильна лихоманка;
- втрата маси тіла;
- нічна пітливість;
- продуктивний кашель з виділенням мокротиння, що триває понад 2 тижні.

На більш пізніх етапах:

- кровохаркання;
- біль в грудній клітці.

Слайд №9 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

ВІЛ-інфекція та ТБ здійснюють синергічну дію на імунну систему людини. ВІЛ-інфекція знижує клітинний імунітет шляхом зменшення кількості СД4-лімфоцитів.

Порушення імунної відповіді підвищує чутливість організму до туберкульозної інфекції, що, в свою чергу, викликає збільшення первинної туберкульозної інфекції та реактивацію латентного туберкульозу у ВІЛ-інфікованих. Ризик розвитку ТБ у ВІЛ-негативних осіб, інфікованих МБТ, становить 5–10% протягом усього життя, тоді як у ВІЛ-позитивних людей він становить 10% на рік. У ВІЛ-інфікованих реактивація ТБ і розвиток вторинного ТБ спостерігається частіше, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів. Пацієнти з ВІЛ-інфекцією більш схильні до повторного інфікування (особливо у сімейних осередках, закритих колективах та при ув'язненні). У випадку важкого імунодефіциту зростає частота позалегенової форми туберкульозу, у тому числі міліарного з ураженням декількох органів та систем.

Туберкульоз. Діагностика

Алгоритм діагностики:

1. Анкетування на виявлення симптомів туберкульозу при кожному зверненні.
2. Обстеження на предмет туберкульозу:
 - дослідження мокротиння молекулярно-генетичним методом на наявність мікобактерій туберкульозу та чутливості до рифампіцину (МГ МТВ/РІФ);
 - рентгенографія ОГК;
 - культуральне дослідження мокротиння на МБТ;
 - дослідження мокротиння на КСБ методом мікроскопії;
 - дослідження пунктату лімфатичного вузла для бактеріоскопічного дослідження для виявлення кислотостійких бактерій і культурального виділення МБТ;
 - УЗД органів черевної порожнини.

Чутливість шкірної туберкулінової проби зворотнопропорційна ступеню імуносупресії у ВІЛ-інфікованих. Негативний результат туберкулінової проби не виключає діагноз туберкульозу. Метод обстеження вкрай малоінформативний.

У ВІЛ-інфікованих з туберкульозом легень мікобактерії виявляються у мокротинні у 40–55% випадків. Для підтвердження діагнозу дисемінованих форм захворювання проводять бактеріологічне дослідження крові, сечі, ліквору та плеврального випоту.

Слайд №10 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Алгоритм діагностики туберкульозу:

- анкетування на виявлення симптомів туберкульозу при кожному зверненні;
- при наявності симптомів туберкульозу проводять додаткові обстеження:
- дослідження мокротиння молекулярно-генетичним методом на наявність мікобактерій туберкульозу та чутливості до рифампіцину (МГ МТВ/РІФ);
- рентгенографія органів грудної клітини (ОГК);
- культуральне дослідження мокротиння на мікобактерії туберкульозу (МБТ);
- дослідження мокротиння на КСБ методом мікроскопії;
- дослідження пунктату лімфатичного вузла для бактеріоскопічного дослідження для виявлення КСБ і культурального виділення МБТ;
- УЗД органів черевної порожнини.

Чутливість шкірної туберкулінової проби зворотнопропорційна ступеню імуносупресії у ВІЛ-інфікованих. Негативний результат туберкулінової проби не виключає діагноз туберкульозу. Метод обстеження вкрай малоінформативний.

У ВІЛ-інфікованих пацієнтів при дослідженні мокротиння на ТБ легень мікобактерії виявляються у 40–55% випадків.

Для підтвердження діагнозу дисемінованих форм захворювання проводять бактеріологічне дослідження крові, сечі, ліквору та плеврального випоту.

Туберкульоз. Рентгенограма

При CD4 > 200 мкл-1 зміна на рентгенограмі не відрізняються від типових рентгенологічних змін у осіб з збереженим імунітетом з реактивацією туберкульозу: відбувається утворення каверн у верхніх частках легень.

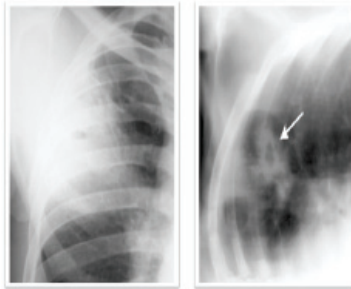
При CD4 < 200 мкл-1:

- ураження нижніх часток легенів;
- ділянка ущільнення легеневої тканини;
- плевральні випоти;
- лімфаденопатія;
- каверни і/або вузлики.

У 15% пацієнтів зміна на рентгенограмі органів грудної клітини не виявляються, однак на томографах, зроблених за допомогою КТ з високою роздільною здатністю, виявляються лімфаденопатія і асиметричні зміни по типу «дерево в нирках».

Слайд №11 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Інфільтративний туберкульоз



Слайд №12 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Міліарній туберкульоз



Туберкульоз внутрішньо-грудних вузлів



Слайд №13 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Стандартні схеми лікування хворих з ко-інфекцією ВІЛ/туберкульоз

Випадок захворювання	Початкова фаза щоденно	Фаза продовження щоденно
Новий випадок ^б	2 HRZE	4 HR 4 HRE ^а
Раніше ліковані хворі ^а	2 HRZE	4 HR

а – перед початком Основного курсу хіміотерапії у раніше лікованих хворих на ТБ необхідно обов'язково проводити культуральні дослідження (бажано на рідкому середовищі) та тест медикаментозної чутливості МБТ (як мінімум на чутливість до H та R, за можливістю молекулярно-генетичними методами).

б – окрім хворих на ТБ нервової системи, кісток та суглобів.

в – зазначений режим у підтримуючу фазу призначають пацієнтам, в яких були негативні результати культурального дослідження мокротиння, через що відсутні дані про чутливість до протитуберкульозних препаратів.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги за темою Ко-інфекція – (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)

Слайд №14 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Поєднання ТБ та ВІЛ-інфекції визначається як ко-інфекція ВІЛ/ТБ – це активний легеневий (поза легеневий) ТБ, який розвивається у ВІЛ-інфікованих осіб.

Лікування ТБ повинно бути:

- комплексним, обов'язково має бути призначено не менше 3-х протитуберкульозних препаратів (ПТП);
- достатньо тривалим, не менше 6 міс.;
- безперервним (наявність препаратів);
- контрольованим (контроль лікування);
- наступним (на усіх рівнях надання допомоги).

Починати лікування слід тільки тоді, якщо є переконання у правильності діагнозу, а також у тому, що вистачить сил і засобів на увесь курс. Необхідно обов'язково суворо дотримуватися стандартних схем хіміотерапії.

Стандартні схеми лікування хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ включають ізоніазид, рифампіцин, піразінамід, етамбутол.

Профілактика туберкульозу

Перед призначенням профілактики туберкульозу обов'язково виключити активний туберкульоз. При неможливості остаточно виключити активну форму туберкульозу і при наявності лихоманки хіміопрофілактику не проводити.

Профілактика ізоніазидом проводиться:

- дорослі та підлітки, які живуть з ВІЛ та мають невідомий або позитивний статус шкірної туберкулінової проби, у яких виключено активний туберкульоз, мають пройти курс профілактичного лікування ізоніазидом 300 мг протягом 6 місяців. ПЛІ має бути призначений таким особам незалежно від ступеню імуносупресії, також особам на АРТ та вагітним;
- всі дорослі та діти, які живуть з ВІЛ, що закінчили лікування чутливого туберкульозу, мають пройти шестимісячний курс ПЛІ після завершення основного курсу лікування. Особам, що пройшли повний курс лікування резистентного туберкульозу, проведення ПЛІ не рекомендується;
- проведення шкірної туберкулінової проби не є обов'язковим для початку ПЛІ у людей, які живуть з ВІЛ;
- проведення ПЛІ протипоказано особам із підозрою на туберкульоз та хворим на активний туберкульоз, хворим на активний гепатит.

Слайд №15 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Перед призначенням профілактики ТБ обов'язково виключити активний ТБ. При неможливості остаточно виключити активну форму і при наявності лихоманки хіміопротифілактику не проводити.

Профілактичне лікування ізоніазидом (ПЛІ) проводиться серед таких груп:

- дорослі та підлітки, які живуть з ВІЛ-інфекцією та мають невідомий або позитивний статус шкірної туберкулінової проби, у яких виключено активний ТБ, мають пройти курс профілактичного лікування ізоніазидом 300 мг протягом 6 міс. ПЛІ має бути призначений таким особам незалежно від ступеню імуносупресії, також особам на АРТ та вагітним;
- усі дорослі та діти, які живуть з ВІЛ-інфекцією, що закінчили лікування чутливого ТБ, мають пройти шестимісячний курс ПЛІ після завершення основного курсу лікування. Особам, які пройшли повний курс лікування резистентного ТБ, проведення ПЛІ не рекомендується.

Проведення шкірної туберкулінової проби не є обов'язковим для початку ПЛІ у людей, які живуть з ВІЛ.

Проведення ПЛІ протипоказано особам з підозрою на ТБ та хворим на активний ТБ, хворим на активний гепатит.

Бактеріальні пневмонії

- Розвиваються при відносно збереженому імунному статусі.
- СН хворіють частіше.
- Ефективна АРТ знижує захворюваність пневмоніями.

Найчастішими збудниками пневмонії у ВІЛ-інфікованих є:

- *Streptococcus pneumoniae*;
- *Haemophilus influenzae*.

На тлі ВІЛ-інфекції частіше висіваються:

- *Staphylococcus aureus*;
- *Moraxella catarrhalis*.

Діагностика:

- гострий початок;
- лихоманка;
- кашель з мокротинням;
- аускультативні та рентгенологічні зміни.

Слайд №16 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Бактеріальні пневмонії у ВІЛ-інфікованих розвиваються навіть за відносно непоганого імунного статусу. Захворюваність БП не так тісно залежить від ступеню імунodefіциту, як захворюваність іншими ОІ, тому із розширенням доступу до АРТ її зниження не є досить суттєвим.

Діагностичним критерієм СНІДу є тільки рецидивуюча (2 і більше епізоди за останні 12 міс.) гостра БП, підтверджена рентгенологічно та мікробіологічно.

Як і у ВІЛ-негативних пацієнтів, слід розрізняти внутрішньолікарняну та позалікарняну пневмонії.

Споживачі ін'єкційних наркотиків хворіють частіше пневмоніями, ніж інші групи населення. У рандомізованому дослідженні SMART в групі пацієнтів, які не отримували АРТ, значно частіше розвивалися пневмонії, ніж у тих, які АРТ отримували.

За аускультативними даними слід розрізняти БП від пневмоцистної. Якщо вислуховуються патологічні дихальні шуми, то пневмоцистна пневмонія мало вірогідна.

Лікування позалікарняних пневмоній

Емпірична амбулаторна терапія (для прийому всередину)

Основний режим:

- пероральні бета-лактами + макролід (азитроміцин або кларитроміцин), або бета-лактами вибору: високі дози амоксициліну або амоксициліну/клавуланату;
- альтернативні бета-лактами: цефподоксим або цефуроксим.

Альтернативний режим:

- бета-лактами + доксициклін

Тривалість терапії:

- для більшості пацієнтів: 7–10 днів, але не менше ніж 5 днів.

Перед припиненням терапії пацієнт має бути клінічно стабільним, а також протягом останніх 48–72 годин в нього має бути відсутня лихоманка.

Слайд №17 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Лікування БП у ВІЛ-інфікованих не відрізняється від лікування ВІЛ-негативних пацієнтів. Завжди починають із емпіричної терапії, не чекаючи результатів посіву мокротиння. Якщо через 72 год. не наступає покращення, то необхідно переглянути тактику лікування. Згідно Наказу МОЗ України 31.12.2014 р. №1039 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)» не використовуються препарати групи фторхінолонів (у зв'язку з їх антимікобактеріальною дією). Показання до госпіталізації такі ж самі, як і у пацієнтів з ВІЛ-негативним статусом.

Основний режим:

- пероральні бета-лактами + макролід (азитроміцин або кларитроміцин);
- бета-лактами вибору: високі дози амоксициліну або амоксициліну/клавуланату;
- альтернативні бета-лактами: цефподоксим або цефуроксим.

Альтернативний режим:

- бета-лактами + доксициклін.

Тривалість терапії:

- для більшості пацієнтів: 7–10 днів, але не менше ніж 5 днів.

Атипові мікобактеріози

Збудник: група *Mycobacterium avium complex* (MAC).

Розвиток – переважно у пацієнтів з рівнем CD 4 нижче 100 кл./мкл.

Основні клінічні прояви:

- висока чи гіперпіретична лихоманка;
- надмірне виділення поту вночі;
- втрата ваги;
- діарея, болі в животі;
- виснаження, втома.

Фізикально:

- гепатомегалія;
- спленомегалія;
- лімфаденопатія.

Слайд №18 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Тренер звертається до учасників із запитанням:

«Що Ви знаєте про захворюваність атиповими мікобактеріями? Чи були випадки атипового мікобактеріозу у Вашій практиці? Зазвичай за яких рівнів CD4 розвивається атиповий мікобактеріоз у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією?».

Тренер фіксує відповіді учасників на фліпчарті. Після того, як усі висловилися, тренер відкриває слайд та коментує відповіді учасників.

Атипові мікобактеріози – це захворювання, яке визиваються нетуберкульозними мікобактеріями (НТМБ).

Як показують дослідження, атипові мікобактерії здатні вражати будь-які органи, тканини та системи організму людини.

НТМБ широко розповсюджені в навколишньому середовищі, можуть бути нормальною флорою організму людини. У патогенезі розвитку захворювання людини має велике значення: доза інфікування, термін інфікування та зниження імунітету.

Атипові мікобактеріози розвиваються переважно у пацієнтів з CD4 нижче 100 кл./мкл.

Основні клінічні прояви:

- висока чи гіперпіретична лихоманка;
- надмірне виділення поту вночі;
- втрата ваги;
- діарея, болі в животі;
- виснаження, втома.

Атипові мікобактеріози. Діагностика

- Діагноз мікобактеріозів реєструється після виділення збудника з харкотиння, крові, фекалій.
- Використання методу ПЛР дозволяє протягом декількох годин диференціювати ДНК різних мікобактерій.
- Мікобактерії можуть бути виявлені при дослідженні пунктату лімфовузлів, печінки, кісткового мозку.

Слайд №19 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Атипові мікобактеріози. Лікування

Основний режим:

- Кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу п/о + Етамбутол 15 мг/кг 1 раз на добу +

Альтернативно:

- Азитроміцин 500 – 600 мг 1 раз на добу + Етамбутол 15 мг/кг 1 раз на добу (при наявності протипоказів до Кларитроміцину)

За потреби:

- (CD4+ <50/мкл, високе бактеріальне навантаження (>2 log CFU/мл крові), відсутність доступу до АРТ) можна додати:
- Рифабутин 300 мг 1 раз на добу (рифампіцин – неефективний при МАК-інфекціях);
- Амікацин 15мг/кг 1 раз на добу в/в;
- Стрептоміцин 1000 мг 1 раз на добу в/в;
- Моксифлоксацин 400 мг 1 раз на добу;
- Левофлоксацин 500 мг 1 раз на добу.

Слайд №20 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Лікування атипового мікобактеріозу повинно бути комплексним; недостатньо проведення монотерапії.

Основний режим:

- кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу п/о + етамбутол 15 мг/кг 1 раз на добу.

Альтернативно:

- азитроміцин 500 – 600 мг 1 раз на добу + етамбутол 15 мг/кг 1 раз на добу (при наявності протипоказань до кларитроміцину).

За потреби (CD4 <50/мкл, відсутність доступу до АРТ) можна додати:

- рифабутин 300 мг 1 раз на добу (рифампіцин – неефективний при МАК-інфекціях);
- амікацин 15мг/кг 1 раз на добу в/в;
- стрептоміцин 1000 мг 1 раз на добу в/в;
- моксифлоксацин 400 мг 1 раз на добу;
- левофлоксацин 500 мг 1 раз на добу.

Атипові мікобактеріози. Профілактика

Показання:

- рівень CD4 <50/мкл

Відміна профілактики – після досягнення рівня CD4 >100/мкл протягом 3 місяців.

Основний режим:

- Азитроміцин 1200 мг раз на тиждень;
- Кларитроміцин 500 мг двічі на день.

Альтернативний режим:

- Рифабутин 300 мг п/о на день (за умови виключення активного туберкульозу).

Слайд №21 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Показання до профілактики атипового мікобактеріозу:

- рівень CD4 <50/мкл.

Відміна профілактики – після досягнення рівня CD4 >100/мкл протягом 3 міс.

В основному режимі використовуються препарати: азитроміцин 1200 мг раз на тиждень, кларитроміцин 500 мг двічі на день.

Альтернативний режим: рифабутин 300 мг п/о на день (за умови виключення активного туберкульозу).

Церебральний токсоплазмоз

Збудник: *Toxoplasma gondii* (протозойний зооноз), як правило реактивація латентної інфекції. Найчастіше протікає у формі енцефаліту.

Розвиток – переважно у пацієнтів з рівнем CD4 нижче 100 кл./мкл.

Основні клінічні прояви:

- початок гострий або підгострий (з наростанням симптоматики протягом декількох днів);
- вогнищеві неврологічні порушення (парези, дефекти мови, порушення чутливості);
- гарячковий психосиндром;
- судомні напади (нерідко перший прояв);
- головний біль на фоні фебрильної або субфебрильної t° тіла;
- нетипово: менінгеальний синдром;
- рідко: хоріоретиніт (разом з енцефалітом або ізольовано).

Слайд №22 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Які основні клінічні форми перебігу токсоплазмозу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів? За яких рівнів СД4 розвивається активація латентного токсоплазмозу?».

Тренер фіксує відповіді учасників на фліпчарті. Після того, як усі висловилися, тренер відкриває слайд та коментує відповіді учасників.

Церебральний токсоплазмоз – це СНІД-індикаторне захворювання, яке загрожує життю. Майже завжди воно розвивається в результаті реактивації латентної інфекції *Toxoplasma gondii*, Токсоплазма тропна до ЦНС. Ураження інших органів (легенів, печінки, кишківника, серця) зустрічається дуже рідко і діагностується, як правило, під час розтину.

Клінічна картина залежить від локалізації вогнищ. Як правило, початок гострий або підгострий (з наростанням симптоматики протягом декількох днів), розвиваються вогнищеві неврологічні порушення (парези, дефекти мови, порушення чутливості), гарячковий психосиндром, судомні напади (нерідко перший прояв), головний біль на фоні фебрильної (субфебрильної) температури тіла. Для токсоплазмозу не характерні прояви менінгіту. Досить рідкий, але важливий прояв токсоплазмозу – хоріоретиніт.

Церебральний токсоплазмоз. Діагностика

- Наявність антитоксоплазменних антитіл IgG в крові. Кількісні титри антитіл не мають діагностичного значення.
- Позитивний результат дослідження СМР на токсоплазму методом ПЛР.
- Імуноглобуліни М (IgM), як правило, відсутні.
- КТ і МРТ: набряк головного мозку, наявність контрастного підсилення некротичних вогнищ у вигляді кільця. Можуть бути як поодинокі, так і множинні вогнища, які знаходяться в базальних гангліях, білій речовині мозку.

Слайд №23 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

За наявності очагової неврологічної симптоматики, епілептичних нападів та СД4<100 кл./мкл, необхідно призначити додаткові лабораторні та інструментальні методи обстеження. У цій клінічній ситуації слід віддати перевагу МРТ, а не КТ, і бажано з внутрішньовенним контрастуванням. На КТ і МРТ: набряк головного мозку, наявність контрастного підсилення некротичних вогнищ у вигляді кільця. Можуть бути як поодинокі, так і множинні вогнища, які знаходяться в базальних гангліях, білій речовині мозку. Однак, за допомогою методів променевої діагностики, не завжди можна розрізнити церебральний токсоплазмоз від лімфоми ЦНС або бактеріального абсцесу. Диференційний діагноз повинен включати туберкулому ЦНС, криптококкову ЦНС, пухлину ЦНС, ПМЛ. При підозрі на церебральний токсоплазмоз необхідно призначити пробне лікування, при позитивній відповіді на яке, діагноз можна вважати підтвердженим.

Лікування церебрального токсоплазмозу

Тривалість:

- принаймні, 6 тижнів;
- триваліше, якщо клінічні або рентгенологічні прояви обширні або неповна відповідь на лікування через 6 тижнів.

Основний режим:

Піриметамін 200 мг п/о 1 раз, а далі відповідно до ваги тіла.

- Вага ≤ 60 кг: піриметамін 50 мг/добу + сульфадіазин 1000 мг п/о кожні 6 годин + лейковорин 10–25 мг/добу п/о (може бути збільшено до 50 г добу або 2 рази на добу).
- Вага > 60 кг: піриметамін 75 мг/добу + сульфадіазин 1500 мг п/о кожні 6 годин + лейковорин 10–25 мг/добу п/о (може бути збільшено до 50 г добу або 2 рази на добу).

Альтернативні режими:

- Піриметамін з лейковорином + кліндаміцин 600 мг в/в або п/о кожні 6 годин;
- бажаний альтернативний режим для пацієнтів з непереносимістю сульфадіазину або
- TMP-SMX (TMP 5 мг/кг and SMX 25 мг/кг) (в/в або п/о) 2 рази на день;
- або Атоваквон 1500 мг п/о 2 рази на добу + піриметамін з лейковорином;
- або Атоваквон 1500 мг п/о 2 рази на добу + сульфодіазин;
- або Атоваквон 1500 мг п/о 2 рази на добу;
- або Піриметамін з лейковорином + азитроміцин 900–1200 мг всередину щоденно.

Слайд №24 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Лікувати церебральний токсоплазмоз складно через розвиток побічних реакцій.

Основний режим:

- піриметамін 200 мг п/о 1 раз, а далі відповідно до ваги тіла;
- вага ≤ 60 кг: піриметамін 50 мг/добу + сульфадіазин 1000 мг п/о кожні 6 год. + лейковорин 10 – 25 мг/добу п/о (може бути збільшено до 50 г добу або 2 рази на добу);
- вага > 60 кг: піриметамін 75 мг/добу + сульфадіазин 1500 мг п/о кожні 6 год. + лейковорин 10–25 мг/добу п/о (може бути збільшено до 50 г добу або 2 рази на добу).

Альтернативні режими:

- піриметамін з лейковорином + кліндаміцин 600 мг в/в або п/о кожні 6 год.; бажаний альтернативний режим для пацієнтів з непереносимістю сульфадіазину або
- TMP-SMX (TMP 5 мг/кг and SMX 25 мг/кг) (в/в або п/о) 2 рази на день, або
- атоваквон 1500 мг п/о 2 рази на добу + піриметамін з лейковорином, або

- атоваквон 1500 мг п/о 2 рази на добу + сульфадіазин, або
- атоваквон 1500 мг п/о 2 рази на добу, або
- піриметамін з лейковорином + азитроміцин 900 – 1200 мг всередину щодня.

Тривалість лікування – принаймні, 6 тижнів; триваліше, якщо клінічні, або рентгенологічні прояви обширні, або неповна відповідь на лікування через 6 тижнів.

Атоваквон, піриметамін та сульфадіазин не зареєстровані в Україні.

Хронічна підтримуюча терапія

Покази:

- завершене лікування гострого токсоплазмозу;
- відміна профілактики – успішно завершена первинна терапія, відсутність ознак і симптомів токсоплазменного енцефаліту, і CD4 > 200 кл./мкл протягом > 6 місяців у відповідь на АРТ.

Основний режим:

- Піриметамін 25–50 мг п/о щоденно + сульфадіазин 2000–4000 мг п/о щоденно (в 2 або 4 розділених дозах) + лейковорін 10–25 мг п/о щодня.

Альтернативні режими:

- Кліндаміцин 600 мг п/о кожні 8 годин + (піриметамін 25–50 мг + лейковорін 10–25 мг) п/о щодня.
- Необхідно додавати ще один препарат для профілактики ПП з цього переліку:
 - TMP-SMX по 1 таблетці 2 рази на добу;
 - Атоваквон 750–1500 мг п/о 2 рази на добу + (піриметамін 25 мг + лейковорін 10 мг) п/о 1 раз на добу;
 - Атоваквон 750–1500 мг п/о 2 рази на добу + сульфадіазин 2000–4000 мг п/о 1 раз на добу (в 2-х до 4 розділених дозах);
 - Атоваквон 750–1500 мг п/о 2 рази на добу.

Критерії для відновлення вторинної профілактики:

- число лімфоцитів CD4 < 200 кл./мкл.

Слайд №25 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Пацієнти з церебральним токсоплазмозом, у яких кількість CD4 залишається низькою, потребують підтримуючої терапії, оскільки без неї майже завжди виникають рецидиви. Зазвичай призначають препарат, який призначався для лікування, але в половинній дозі.

Основний режим:

- піриметамін 25-50 мг п/о щодня + сульфадіазин 2000 – 4000 мг п/о щодня (в 2 або 4 розділених дозах) + лейковорін 10 – 25 мг п/о щодня.

Альтернативні режими:

- кліндаміцин 600 мг п/о кожні 8 год. + (піриметамін 25–50 мг + лейковорін 10–25 мг) п/о щодня. Необхідно додавати ще один препарат для профілактики ПП або
- TMP-SMX по 1 таблетці 2 рази на добу, або
- атоваквон 750–1500 мг п/о 2 рази на добу + (піриметамін 25 мг + лейковорін 10 мг) п/о 1 раз на добу, або
- атоваквон 750–1500 мг п/о 2 рази на добу + сульфадіазин 2000–4000 мг п/о 1 раз на добу (в 2-х до 4 розділених дозах), або:
- атоваквон 750–1500 мг п/о 2 рази на добу.

Відміна профілактики – успішно завершена первинна терапія, відсутність ознак і симптомів токсоплазменного енцефаліту, і CD4 > 200 кл./мкл протягом > 6 міс. у відповідь на АРТ.

Критерії для відновлення вторинної профілактики: число лімфоцитів CD4 < 200 кл./мкл.

Токсоплазмоз. Первинна профілактика

Показання:

- IgG + та CD4 <100 кл./мкл – сероконверсія;
- відміна профілактики – після досягнення рівня CD4 >200/мкл протягом 3 місяців на АРТ.

Основний режим:

- Триметоприм/сульфаметоксазол 2 таблетки (480 мг) на добу.

Альтернативні режими:

- Триметоприм/сульфаметоксазол одна таблетка (480 мг) щодня;
- Триметоприм/сульфаметоксазол дві таблетки (480 мг) тричі на тиждень (понеділок, середа, п'ятниця);
- Дапсон 50 мг п/о на день + (піриметамін 50 мг + лейковорин 25 мг) п/о щотижня;
- або Дапсон 200 мг + піриметамін 75 мг + лейковорин 25 мг) п/о щотижня;
- або Атоваквон 1500 мг п/о щоденно під час прийому їжі;
- або Атоваквон 1500 мг + піриметамін 25мг + лейковорин 10 мг) щоденно під час прийому їжі.

Слайд №26 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Особи, які не мають позитивних IgG до токсоплазмозу в сироватці крові, та щоб не заразитися токсоплазмозом, не повинні вживати сире, або погано термічно оброблене м'ясо. Усім ВІЛ-інфікованим, які мають IgG до токсоплазмозу та CD4<100 кл./мкл, показана первинна профілактика.

Основний режим:

- триметоприм/сульфаметоксазол 2 таблетки (480 мг) на добу.

Альтернативні режими:

- триметоприм/сульфаметоксазол одна таблетка (480 мг) щодня, триметоприм/сульфаметоксазол дві таблетки (480 мг) тричі на тиждень (понеділок, середа, п'ятниця);
- дапсон 50 мг п/о на день + (піриметамін 50 мг + лейковорин 25 мг) п/о щотижня, або;
- дапсон 200 мг + піриметамін 75 мг + лейковорин 25 мг) п/о щотижня, або;
- атоваквон 1500 мг п/о щоденно під час прийому їжі, або;
- атоваквон 1500 мг + піриметамін 25 мг + лейковорин 10 мг) щоденно під час прийому їжі.

Відміна профілактики – після досягнення рівня CD4 > 200/мкл протягом 3 міс. на АРТ.

Альтернативний режим краще переноситься пацієнтом.

Дапсон, атоваквон та піриметамін не зареєстровані в Україні.

5. Вирішення ситуційної задачі (10 хв.)

Після завершення презентації тренер пропонує учасникам спільно розглянути ситуаційну задачу за темою «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних ОІ».

Тренер для всіх учасників зачитує умову та запитання задачі, отримує відповіді, фіксує їх на фліпчарті, представляє правильні відповіді, обговорює їх з учасниками, ставить додаткові запитання.

Ситуаційна задача

Чоловік, 29 років. Вага тіла – 62 кг, зріст 178 см.
Не працює. ВІЛ-інфекція виявлена 4 роки тому.
Ймовірний шлях інфікування ін'єкційний.
З моменту виявлення ВІЛ до центру СНІДу не звертався.

Клінічна картина:

- захворювання почалося раптово з головного болю;
- температура тіла – 37,3°;
- судоми;
- правобічний парез верхньої кінцівки;
- менінгеальні знаки відсутні;
- лабораторно:
- CD4 – 48 кл./мкл;
- ЗАК, біохімічні показники – в нормі.

Питання:

- Який можливий діагноз?
- Які необхідні додаткові обстеження?

Слайд №27 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Ситуаційна задача

Інформація про пацієнта. На прийом до сімейного лікаря звернувся чоловік 29 років, вага тіла – 62 кг, зріст 178 см; не працює.

ВІЛ-інфекція виявлена 4 роки тому, ймовірний шлях інфікування – ін'єкційний.

З моменту виявлення ВІЛ-інфекції до Центру СНІДу не звертався.

Клінічна картина. Захворювання розпочалося раптово з головного болю, температура тіла – 37,3°, судоми, правобічний парез верхньої кінцівки, менінгеальні знаки відсутні.

Лабораторно:

- CD4 – 48 кл./мкл;
- ЗАК, біохімічні показники – у нормі.

Запитання

- Який можливий діагноз?
- Які додаткові обстеження необхідні?

Диференційний діагноз. Обстеження

Диференційний діагноз:

- Церебральний токсоплазмоз.
- Лімфома головного мозку.
- Туберкульоз.

Обстеження:

- МРТ головного мозку.
- Рентгенографія органів грудної порожнини.
- Аналіз СМР.
- Обстеження крові на анти-токсоплазменних антитіл IgG.

Слайд №28 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Диференційний діагноз:

- церебральний токсоплазмоз;
- лімфома головного мозку (відсутній клінічний ефект від лікування);
- туберкульоз (зазвичай наявне одночасне ураження інших органів, перш за все легенів, наявне ураження).

Результати обстеження

- МРТ головного мозку: мультифокальні ураження головного мозку, оточені зоною набряку.
- Рентгенографія органів грудної порожнини: в нормі.
- Наявність анти-токсоплазменних антитіл IgG в крові.
- Аналіз СМР – СМП: цитоз 4 кл/лімф; білок 2,2 г; глюкоза 2,5 ммоль/л.

Діагноз:

- ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV.
- Церебральний токсоплазмоз.

Питання:

- Яке має бути призначене лікування?
- Який термін лікування?
- Подальша тактика?

Слайд №29 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Тренер представляє результати обстеження пацієнта по ситуаційній задачі: «За результатами обстеження у пацієнта: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Церебральний токсоплазмоз».

Тренер звертається до учасників з запитаннями:

- Яке має бути призначене лікування?
- Який термін лікування?
- Подальша тактика?

Тренер фіксує відповіді учасників на фліпчарті.

Після того, як усі учасники висловилися, тренер переходить до наступного слайду з алгоритмом відповіді.

Лікування

- TMP-SMX (TMP 5 мг/кг and SMX 25 мг/кг) (в/в або п/о) 2 рази на день або,
- Принаймні, 6 тижнів; триваліше, якщо клінічні або рентгенологічні прояви обширні або неповна відповідь на лікування через 6 тижнів.
- Далі – TMP-SMX по 1 таблетці 2 рази на добу до досягнення рівня CD4 >200/мкл протягом 6 місяців.
- Решта препаратів – не зареєстрована в Україні.

Питання:

- Коли і яку профілактику слід було призначити пацієнту, якби він з'явився на медичний огляд вчасно?

Слайд №30 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

Тренер з учасниками обговорюють схему та терміни лікування, терміни вторинної профілактики.

Після чого тренер ставить учасникам запитання: «Коли і яку профілактику слід було призначити пацієнту, якби він з'явився на медичний огляд вчасно?»

Тренер фіксує відповіді учасників на фліпчарті; після то, як усі бажаючи дали відповіді на запитання, переходить до наступного слайду з правильною відповіддю.

Профілактика токсоплазмозу

- При падінні CD4<100 кл./мкл та Ig G +.
- Триметоприм/сульфаметоксазол 2 таблетки (480 мг) на добу до досягнення рівня CD4>200/мкл протягом 3 місяців на АРТ.
- Своєчасне призначення АРТ!

Слайд №31 презентації «Діагностика, профілактика, лікування бактеріальних та паразитарних опортуністичних інфекцій»

З метою первинної профілактики токсоплазмозу, при CD4 <100 кл./мкл та позитивних антитілах до *Toxoplasma gondii*, призначають триметоприм/сульфаметоксазол 2 таблетки (480 мг) на добу до досягнення рівня CD4 >200/мкл протягом 3 міс. на АРТ.

6. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Після закінчення роботи тренер акцентує увагу на тому, що для України проблема ОІ залишається актуальною. Більшість важких ОІ діагностують при пізньому виявленні ВІЛ-інфекції, або за відсутності систематичного диспансерного спостереження за ВІЛ-інфікованим пацієнтом, відсутності адекватної медичної допомоги і підтримки. Ефективне лікування ОІ, супутніх захворювань і ускладнень – необхідна умова успіху програми впровадження АРТ. Серед СНІД-індикаторних захворювань туберкульоз займає одне із перших місць. Ризик розвитку туберкульозу у ВІЛ-негативних осіб, інфікованих МБТ, становить 5–10% протягом усього життя, тоді як у ВІЛ-позитивних людей він становить 10% на рік. У ВІЛ-інфікованих реактивація туберкульозу та розвиток вторинного туберкульозу розвивається частіше, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів.

Контрольні запитання

- Назвіть інфекційні хвороби ВІЛ-інфікованих, для яких існує медикаментозна профілактика.
- Назвіть принципи лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих.
- Назвіть дозування та терміни профілактичного лікування ізоніазидом у ВІЛ-інфікованих.
- Назвіть препарати для профілактики та лікування атипичного мікобактеріозу.
- Що в себе включає первинна профілактика токсоплазмозу?
- Чи існують особливості лікування бактеріальних пневмоній у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією?

Література

1. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551.
2. Уніфікований Клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим на туберкульоз, затверджений Наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. №620.
3. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. – М. : Р. Валент, 2012. – 497 с.
4. Хоффман К. Лечение ВИЧ-инфекции / К. Хоффман, Ю. Рокштро. – М.: Р. Валент, 2011. – 736 с.
5. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Краткий обзор основных особенностей и рекомендаций. Всемирная организация здравоохранения, июнь 2013. – 15 с.
6. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Всемирная организация здравоохранения, июль 2014. – 164 с.
7. European Guidelines for treatment of HIV-infected adults in Europe. Version 7.1. November 2014.
8. DHHS: Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents. July 2013.

ПІДТЕМА 3.2.2. ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА, ЛІКУВАННЯ ГРИБКОВИХ ТА ВІРУСНИХ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ (45 ХВ.)

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Діагностика, профілактика та лікування пневмоцистної пневмонії, криптококозу, кандидозу, інфекцій, викликаних герпетичними вірусами, саркоми Капоші, прогресуючої мультифокальної лейкоенцефалопатії»	30 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до підтеми 3.2.2 «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»
2.	Розгляд ситуаційної задачі	10 хв.	Проектор, ноутбук, фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, презентація до підтеми 3.2.2 «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»
3.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Інформаційне повідомлення «Діагностика, профілактика та лікування пневмоцистної пневмонії, криптококозу, кандидозу, інфекцій, викликаних герпетичними вірусами, саркоми Капоші, прогресуючої мультифокальної лейкоенцефалопатії» (30 хв.)

Тренер акцентує увагу учасників на слайді для того, щоб нагадати, які саме грибові, вірусні та інші захворювання відносять до опортуністичних.

ОІ та інші захворювання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією

Бактеріальні інфекції	Грибові інфекції	Вірусні інфекції	Паразитарні інфекції	Інші захворювання
<ul style="list-style-type: none"> • Туберкульоз • Бактеріальні респіраторні інфекції • Бактеріальні кишкові інфекції • Атиповий мікобактеріоз • Бартонельоз 	<ul style="list-style-type: none"> • Кандидозний езофагіт • Криптококоз • Гістоплазмоз • Пневмоцистна пневмонія • Кокцидіомікоз (кокцидіомікоз) 	<ul style="list-style-type: none"> • Інфекції, викликані герпетичними вірусами • Інфекція, викликана вірусом папіломи людини • Гепатити В та С 	<ul style="list-style-type: none"> • Токсоплазмоз • Криптоспоридіоз • Мікроспоридіоз • Ізоспороз • Лейшманіоз 	<ul style="list-style-type: none"> • Саркома Капоші • Неходжкінські лімфому • Цервікальний рак • ВІЛ-енцефалопатія • Вакуолярна мієлопатія • Прогресуюча багатвогнищева лейкоенцефалопатія

Слайд №3 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Пневмоцистна пневмонія

Збудник: позаклітинний грибок *Pneumocystis jirovecii* (*P. carinii*).

Розвиток – переважно у пацієнтів з рівнем CD4 нижче 200 кл./мл.

Основні клінічні прояви:

- непродуктивний кашель;
- наростаюча задишка;
- помірна лихоманка;
- дискомфорт у грудях.

При розвитку дихальної недостатності – ціаноз.

Фізичально:

- в спокої – зміни практично відсутні;
- при фізичному навантаженні – тахіпное, тахікардія, можливі дифузні сухі хрипи.

Слайд №4 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Тренер звертається до учасників із запитанням: «При яких рівнях CD4 зазвичай розвивається пневмоцистна пневмонія та які основні клінічні прояви захворювання?».

Тренер фіксує відповіді учасників на фліпчарті. Після того, як усі висловилися, тренер відкриває слайд та коментує відповіді учасників.

Пневмоцистна пневмонія (далі по тексту – ПП) – СНІД-індикаторне захворювання, яке загрожує життю. Пневмоцисти викликають інтерстиціальну пневмонію. Класичну тріаду симптомів ПП повинен знати кожний лікар: сухий кашель, субфебрильна температура тіла та задишка. Досить часто захворювання протягом декількох тижнів може залишатися нерозпізнаним. Декомпенсація часто розвивається дуже швидко. Задишка як в спокої, так і при фізичному навантаженні, є показанням до госпіталізації.

Пневмоцистна пневмонія. Діагностика

- Рентгенограма: зазвичай демонструє дифузні, двосторонні, симетричні інтерстиціальні інфільтрати у прикореневих відділах у формі метелика.
- Спонтанний пневмоторакс у пацієнта з ВІЛ-інфекцією повинен викликати підозру на наявність ПП.
- У 20% випадків рентгенологічна картина може бути абсолютно нормальною.
- На знімках, отриманих методом КТ, виявляється феномен «матового скла» (дифузне зменшення прозорості легеневої тканини).
- Зниження PO₂, підвищення ЛДГ.

Слайд №5 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Рентгенограма зазвичай демонструє дифузні, двосторонні, симетричні інтерстиціальні інфільтрати у прикореневих відділах у формі метелика. У 20% випадків рентгенологічна картина може бути абсолютно нормальною. На знімках, отриманих методом КТ, виявляється феномен «матового скла» (дифузне зменшення прозорості легеневої тканини). Спонтанний пневмоторакс у пацієнта з ВІЛ-інфекцією повинен викликати підозру на наявність ПП. При ПП завжди є

дихальна недостатність, яку можна виявити, визначивши гази артеріальної крові. Інколи буває підвищена ЛДГ, яка відображає тяжкість захворювання.

Пневноцистна пневмонія. Діагностика

- Приблизно у 13–18% пацієнтів з підтвердженою ПП є паралельно ще одна причина дисфункції легень: туберкульоз, саркома Капоші або бактеріальна пневмонія.
- Стандартним методом діагностики ПП є дослідження зразка індукованої мокроти (за результатами метааналізу 7 публікацій чутливість цього методу в середньому становить 56% (Eur Respir J 2002; 20: 982) або змивів з поверхні бронхів, отриманих при бронхоальвеолярному лаважі (чутливість методу складає більше 95%).
- Оскільки чутливість дослідження індукованого мокротиння низька, то пацієнтам з негативними результатами необхідно виконати бронхоскопію.

Слайд №6 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Стандартним методом діагностики пневноцистної пневмонії є дослідження зразка індукованої мокроти (за результатами метааналізу 7 публікацій чутливість цього методу в середньому становить 56% (Eur Respir J 2002; 20: 982) або змивів з поверхні бронхів, отриманих при бронхоальвеолярному лаважі (чутливість методу складає більше 95%). Оскільки чутливість дослідження індукованого мокротиння низька, то пацієнтам з негативними результатами необхідно виконати бронхоскопію. Але необхідно пам'ятати, що ця процедура може посилити прояви дихальної недостатності.

Пневноцистна пневмонія. Лікування

Для середнього і важкого перебігу

Основний режим:

- триметоприм/сульфаметоксазол (TMP 15–20 мг та SMX 75–100 мг)/кг/добу в/в розділено на 3–4 прийоми кожні 6 годин або кожні 8 годин.

Альтернативні режими:

- Пентамідин 4 мг/кг в/в один раз на добу введенням протягом 60 хв.
- Примахін 30 мг п/о 1 раз на добу + кліндаміцин (в/в 600 мг 1 раз на 6 годин або 900 мг 1 раз на 8 годин або п/о 450 мг 1 раз на 6 годин або 600 мг 1 раз на 8 годин).
- У складних випадках до лікування можуть бути додані кортикостероїди.

Для легкого і середнього перебігу

Основний режим:

- Триметоприм/сульфаметоксазол: (TMP 15–20 мг/кг/день і SMX 75–100 мг/кг/день), перорально, розділено на 3 прийоми.
- Триметоприм/сульфаметоксазол 2 таблетки 3 рази на добу.

Альтернативні режими:

- Дапсон 100 мг п/о на добу + TMP 15 мг/кг/день п/о (розділено на 3 прийоми), або
- Примахін 30 мг п/о на добу + кліндаміцин п/о (450 мг 1 раз на 6 годин або 600 мг 1 раз на 8 годин), або
- Атоваквон 750 мг п/о 2 рази на добу при прийомі їжі.

Слайд №7 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Лікування, при підозрі на ПП, необхідно розпочинати негайно та проводити в стаціонарних умовах.

Тривалість лікування – 21 день.

Для середнього і важкого перебігу – основний режим: триметоприм/сульфаметоксазол (TMP 15–20 мг та SMX 75–100 мг) /кг/добу в/в розділено на 3–4 прийоми кожні 6 год. або кожні 8 год. Можна перейти на пероральний прийом після клінічного покращення. Альтернативні режими – пентамідин 4 мг/кг в/в один раз на добу введенням протягом 60 хв. Може бути знижено до дози 3 мг/кг в/в один раз на добу через токсичність, або примахін 30 мг п/о 1 раз на добу + кліндаміцин (в/в 600 мг 1 раз на 6 год., або 900 мг 1 раз на 8 год., або п/о 450 мг по одому разу на 6 год., або 600 мг 1 раз на 8 год.). У тяжких випадках до лікування можуть бути додані кортикостероїди.

Для легкого і середнього перебігу основним режимом є: триметоприм/сульфаметоксазол: (TMP 15–20 мг/кг/день і SMX 75–100 мг/кг/день), перорально (розділено на 3 прийоми) або триметоприм/сульфаметоксазол 2 таблетки 3 рази на добу. Альтернативні режими – дапсон 100 мг п/о на добу + TMP 15 мг/кг/день п/о (розділено на 3 прийоми), або примахін 30 мг п/о на добу + кліндаміцин п/о (450 мг 1 раз на 6 год. або 600 мг 1 раз на 8 год.), або атоваквон 750 мг п/о 2 рази на добу при прийомі їжі.

Дапсон, атоваквон, примахін та пентамідин не зареєстровані в Україні

Пацієнтів, які отримували профілактику котримоксазолом і захворіли на ПП, як правило, можна ефективно лікувати за допомогою стандартних доз котримоксазолу.

Пневмоцистна пневмонія. Профілактика

Первинна профілактика

Показання:

- рівень CD4 <200/мкл або орофарингеальний кандидоз;
- відміна профілактики – після досягнення рівня CD4 >200/мкл протягом 3 міс.;
- усім хворим на ко-інфекцію, туберкульоз/ВІЛ (незалежно від кількості CD4 клітин), на увесь курс лікування активного туберкульозу («Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)»).

Вторинна профілактика

Показання:

- попереднє захворювання на ПП;
- відміна профілактики – після досягнення рівня CD4 >200/мкл протягом 3 міс. внаслідок прийому АРТ, або
- якщо ПП діагностується, коли рівень CD4 \geq 200 кл./мкл 3, профілактика повинна бути продовжена на все життя, незалежно від зростання рівня CD4 внаслідок АРТ.

Показання до повторного призначення вторинної профілактики:

- число лімфоцитів CD4 падає до <200 кл./мкл, або
- якщо ПП повторилася при числі CD4 \geq 200 кл./мкл.

Слайд №8 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

У пацієнтів з CD4<200/мкл підвищений ризик розвитку ПП, тому вони повинні отримувати медикаментозну профілактику доти, поки не буде досягнуто рівня CD4>200/мкл протягом 3 міс. Профілактику ПП також проводять усім пацієнтам з ко-інфекцією ВІЛ/туберкульоз незалежно від кількості CD4 лімфоцитів на увесь курс лікування активного туберкульозу.

Після перенесеної ПП призначається вторинна профілактика до досягнення рівня CD4>200/мкл протягом 3 міс. внаслідок прийому АРТ. Якщо ПП діагностується, коли рівень CD4 \geq 200 клітин/мм³, профілактика повинна бути продовжена на все життя, незалежно від зростання рівня CD4 внаслідок.

Пневноцистна пневмонія. Профілактика (первинна та вторинна)

Основний режим:

- Триметоприм/сульфаметоксазол 2 таблетки (480 мг) на день, або
- Триметоприм/сульфаметоксазол одна таблетка (480 мг) щодня.

Альтернативні режими:

- Триметоприм/сульфаметоксазол дві таблетки (480 мг) тричі на тиждень (понеділок, середа, п'ятниця), або
- Дапсон п/о 100 мг щоденно або 50 мг п/о 2 рази на день.
- Дапсон 50 мг п/о на день + (піриметамін 50 мг + лейковорин 25 мг) п/о щотижня, або
- Дапсон 200 мг + піриметамін 75 мг + лейковорин 25 мг п/о щотижня, або
- Аерозольний пентамідин 300 мг через небулайзер щомісяця, або
- Атоваквон 1500 мг п/о щоденно під час прийому їжі, або
- Атоваквон 1500 мг + піриметамін 25 мг + лейковорин 10 мг щоденно під час прийому їжі.

Слайд №9 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Основний режим профілактики ПП:

- триметоприм/сульфаметоксазол 2 таблетки (480 мг) на день;
або
- триметоприм/сульфаметоксазол одна таблетка (480 мг) щодня.

Альтернативні режими профілактики ПП:

- триметоприм/сульфаметоксазол дві таблетки (480 мг) тричі на тиждень (понеділок, середа, п'ятниця), або
- дапсон п/о 100 мг щоденно або 50 мг п/о 2 рази на день
- дапсон 50 мг п/о на день + (піриметамін 50 мг + лейковорин 25 мг) п/о щотижня, або
- дапсон 200 мг + піриметамін 75 мг + лейковорин 25 мг) п/о щотижня, або
- аерозольний пентамідин 300 мг через небулайзер щомісяця, або
- атоваквон 1500 мг п/о щоденно під час прийому їжі, або
- атоваквон 1500 мг + піриметамін 25 мг + лейковорин 10 мг) щоденно під час прийому їжі.

Альтернативний режим пацієн переносить краще.

Дапсон, атоваквон, піриметамін та пентамідин не зареєстровані в Україні

Кандидоз

Збудник: *C. albicans* (80%), *C. glabrata*, *C. pseudotropicalis*, *C. crusei*.

Розвиток: переважно у пацієнтів з рівнем CD4 нижче 300 кл./млк.

Форми: поверхневий (шкіри, слизових оболонок).

Основні клінічні прояви:

- гіперемія, білий наліт на шкірі, слизовій оболонці, який легко зчищується, інвазивний.

Основні клінічні прояви:

- стійка лихоманка чи її рецидиви на тлі терапії антибіотиками широкого спектру дії;
- резистентність мікроорганізмів до звичайної терапії та погіршення стану хворого на фоні терапії;
- незначні клінічні ознаки при пневмонії – сухий кашель, відсутність хрипів при аускультації;
- ознаки кандидозного офтальміту – жовтувато-білі плями на очному дні;
- наявність шкірних вогнищ при дисемінованому кандидозі: окремі рожево-червоні папули 0,3–0,6 см., в яких при гістологічному чи культуральному дослідженні виявляються грибки.

Слайд №10 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Кандидоз – інфекція, збудником якої є дріжджові гриби родини *Candida*.

Вона є однією із найбільш поширених грибкових інфекцій (зустрічається у 40–60% пацієнтів з ВІЛ-інфекцією).

Близько 20 видів *Candida*, із 186 відомих, викликають захворювання у людини.

Більшість випадків кандидозу (до 80%) викликають *Candida albicans*.

Кандидозна інфекція завжди свідчить про наявність імунodefіциту і може слугувати показником щодо початку АРТ навіть при задовільному імунному статусі.

Розрізняють поверхневий (ураження шкіри, слизових оболонок) та інвазивний кандидоз.

Орофарингеальний кандидоз

Клінічні ознаки:

- білий наліт на язичку, яснах, мигдаликах;
- язик набряклий, гіперемований;
- часто розвивається хейліт.

Діагноз ставиться на основі клінічних даних та мікроскопічного дослідження матеріалу, отриманого з уражених ділянок слизової.

Медикаментозна профілактика – не рекомендована.

Лікування

Основний режим:

- 7–14 дб.
- Флуконазол 100 мг/добу п/о.
- Міконазол 1 жувальна таблетка один раз в на добу, розсмоктати.

При нефективності лікування флуконазолом:

- 7–14 дб.
- Ітраконазол, розчин для перорального прийому 200 мг щоденно.
- Позаконазол, розчин для перорального прийому, 400 мг x 2 рази одноразово, далі – 400 мг на добу.
- Ністатин суспензія 4–6 мл 4 рази на добу.

Слайд №11 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Медикаментозна профілактика – не рекомендована.

Лікування:

основний режим – 7–14 днів:

- флуконазол 100 мг на добу перорально;
- міконазол 1 жувальна таблетка 1 раз в на добу, розсмоктати.

При неефективності лікування флуконазолом 7–14 днів:

- ітраконазол, розчин для перорального прийому 200 мг щодня;
- позаконазол, розчин для перорального прийому, 400 мг х 2 рази одно-разово, далі – 400 мг на добу;
- ністатин суспензія 4–6 мл 4 рази на добу.

Кандидоз стравоходу

Клінічні ознаки:

- найчастіше – безсимптомний перебіг;
- може виникати біль при ковтанні твердої (потім і рідкої) їжі;
- або симуляція кардіалгій, стенокардії, дисфагія;
- лихоманка не характерна.

Діагноз ставиться на основі клінічної картини, ФГДС, мікроскопічного дослідження матеріалу, отриманого з уражених ділянок слизової.

Медикаментозна профілактика – не рекомендована.

Лікування

Основний режим:

- Флуконазол 100 мг/добу п/о, або
- Ітраконазол, розчин для перорального прийому 200 мг.

Альтернативний режим:

- Вориконазол 200 мг п/о або в/в 2 рази на добу, або
- Каспofунгін 50 мг в/в на добу, або
- Мікофунгін 150 мг в/в на добу, або
- Амфотерицин В 0.6 мг/кг на добу, або
- Ліпідна форма амфотерицину в 3–4 мг/кг на добу.

Слайд №12 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Кандидоз стравоходу зустрічається приблизно у 70% пацієнтів з IV клінічною стадією ВІЛ-інфекції.

Медикаментозна профілактика – не рекомендована.

Лікування: малі дози флуконазолу малоефективні при езофагіті. Згідно Наказу МОЗ України від 13.04.2007 р. №182 «Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків».

ЛІКУВАННЯ ЕЗОФАГЕАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ

Перша лінія лікування:

Препарати	Разова доза	Частота	Шлях введення	Тривалість
Флуконазол	400 мг, після зникнення болю 200 мг на добу	1 раз на добу	п/о або в/в	14–21 днів
або				
Кетоконазол	200 мг	2 рази на добу	п/о	21 день

Друга лінія лікування:

Амфотерицин В	0,6–0,8 мг/кг	1 раз на добу	в/в	10–14 днів
або				
Ітраконазол	200–400 мг	1 раз на добу	п/о	14–21 днів

Довготривала підтримуюча терапія флуконазолом (100 мг один раз на добу п/о), ітраконазолом (100 мг один раз на добу п/о) або кетоконазолом (200 мг один раз на добу п/о) необхідна хворим, які отримували лікування з приводу кандидозного езофагіту. За умови неефективного лікування варто виключити наявність *Herpes simplex* або CMV.

Основний режим:

- флуконазол 100 мг/добу перорально, або
- ітраконазол, розчин для перорального прийому 200 мг.

Альтернативний режим:

- вориконазол 200 мг п/о або в/в 2 рази на добу, або
- каспофунгін 50 мг в/в на добу, або
- мікофунгін 150 мг в/в на добу, або
- амфотерицин В 0.6 мг/кг на добу, або
- ліпідна форма амфотерицину В 3–4 мг/кг на добу.

Криптококоз

Збудник: *Cryptococcus neoformans*.

Розвиток – переважно у пацієнтів з рівнем CD 4 нижче 100 кл./мл.

Інфекція частіше має генералізований характер.

Збудник вражає легені та шкіру, рідше – інші органи та системи (кістковий мозок, лімфатичні вузли, печінку, нирки, надниркові залози, суглоби, міокард, перикард, селезінку).

Найбільш частою формою криптококозу є менінгіт (до 90% всіх випадків криптококозу).

Основні клінічні прояви:

Криптококоз легень:

- кашель з незначними виділеннями харкотиння;
- біль в грудній клітині;
- лихоманка.

Криптококовий менінгіт:

- головний біль та лихоманка (80%);
- нудота та блювота (50%);
- менінгеальні симптоми, світлобоязнь, набряк зорового нерву;
- параліч VI пари черепних нервів (30%).

Криптококоз шкіри

- везикули або папули, схожі на контагіозний молюск.

Слайд №13 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Тренер звертається до учасників із запитанням: «*Яка найчастіша форма криптококової інфекції у пацієнтів з ВІЛ/СНІДом? При яких показниках CD4 зазвичай розвивається криптококова інфекція у пацієнтів з імунodefіцитом?*».

Тренер фіксує відповіді учасників на фліпчарті.

Після того, як усі висловилися, тренер відкриває слайд та коментує відповіді учасників.

Збудник: *Cryptococcus neoformans*.

Розвиток – переважно у пацієнтів з рівнем CD4 нижче 100 кл./мкл. Інфекція досить часто має генералізований характер. Найчастішою формою криптококозу є менінгіт (до 90% всіх випадків криптококозу).

Основні клінічні прояви:

- криптококоз легенів: кашель з незначними виділеннями харкотиння, біль в грудній клітині, лихоманка;
- криптококовий менінгіт: головний біль та лихоманка (80%), нудота та блювота (50%), менінгеальні симптоми, світлобоязнь, набряк зорового нерву, параліч VI пари черепних нервів (30%);
- криптококоз шкіри: везикули (папули), схожі на контагіозний моллюск.

Криптококоз. Лікування

Індукційна терапія (принаймні, 2 тижнів, після чого консолідуєча терапія).

Основна схема:

- Амфотерицин В ліпосомальний 3–4 мг/кг в/в щодня + флуцитозин 25 мг/кг перорально 4 р/день.

Примітка: доза флуцитозину повинна бути скоригована при порушеннях функції нирок.

Альтернативні схеми:

- Амфотерицин в ліпідний комплекс 5 мг/кг в/в щодня + флуцитозин 25 мг/кг перорально чотири рази на день.
- Амфотерицин В 0,7–1,0 мг/кг в/в щодня + флуцитозин 25 мг/кг перорально чотири рази на день.
- Амфотерицин В ліпосомальний В 3–4 мг/кг в/в щодня + флуконазол 800 мг всередину або в/в щодня.
- Амфотерицин В 0,7–1,0 мг/кг в/в щоденно+ флуконазол 800 мг всередину або в/в щодня.
- Амфотерицин В ліпосомальний 3–4 мг/кг в/в щодня.

Консолідуєча терапія (принаймні, 8 тижнів, після чого підтримуюча терапія).

Основна схема:

- Флуконазол 400 мг всередину або в/в один раз на день.

Альтернативна схема:

- Ітраконазол 200 мг всередину 2 рази на день.

Підтримуюча терапія

Основна схема:

- Флуконазол 200 мг всередину протягом принаймні 1 рік.

Слайд №14 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Індукційна терапія (принаймні 2 тижні), після чого консолідуєча терапія.

Основна схема:

- амфотерицин В ліпосомальний 3–4 мг/кг в/в щодня + флуцитозин 25 мг/кг перорально чотири рази на день.

Примітка: доза флуцитозину повинна бути скоригована при порушеннях функції нирок.

Альтернативні схеми:

- амфотерицин В ліпідний комплекс 5 мг/кг в/в щодня + флуцитозин 25 мг/кг перорально чотири рази на день;
- амфотерицин В 0,7–1,0 мг/кг в/в щодня + флуцитозин 25 мг/кг перорально чотири рази на день;
- амфотерицин В ліпосомальний В 3–4 мг/кг в/в щодня + флуконазол 800 мг всередину або в/в щодня;
- амфотерицин В 0,7–1,0 мг/кг в/в щодня + флуконазол 800 мг всередину або в/в щодня;
- амфотерицин В ліпосомальний 3–4 мг/кг в/в щодня.

Консолідуєча терапія (принаймні 8 тижнів), після чого підтримуюча терапія.

Основна схема:

- флуконазол 400 мг всередину або в/в один раз на день.

Альтернативна схема:

- ітраконазол 200 мг всередину 2 рази на день.

Підтримуюча терапія:

Основна схема:

- флуконазол 200 мг всередину протягом 1 року.

Герпесвірусні захворювання, викликані вірусом оперізуючого лишая

Збудник: Herpes simplex virus 1 та 2 типу

Основні клінічні прояви:

- Може уражатися будь-яка ділянка шкіри та слизових оболонок.
- Типова локалізація простого герпесу – шкіра обличчя навколо рота, особливо кути, червона облямівка губ, крила носа, рідше уражається шкіра щік, вушних раковин, чола, повік.
- Нерідко спостерігається герпетична висипка на шкірі статевих органів та сідниць, стегнах, попереку, пальцях рук.
- Зазвичай появі герпетичних висипань передують продромальні симптоми (печіння, свербіж, поколювання та інші відчуття в області ураженої ділянки), потім на губах або статевих органах з'являються висипання, які швидко проходять такі стадії розвитку:
 - 1) папула
 - 2) везикула
 - 3) виразка
 - 4) кірочка

При герпетичних ураженнях шкіри в процес залучаються регіонарні лімфатичні вузли.

Для хворих з пізніми стадіями ВІЛ-інфекції характерний більш тяжкий перебіг, вищий ризик дисемінації вірусу, частіше спостерігається рефрактерність до терапії і частіше зустрічається резистентність вірусу до ацикловіру.

Слайд №15 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Які форми герпесвірусної інфекції відносять до СНІД-індикаторних?».

Тренер фіксує відповіді учасників на фліпчарті.

Після того, як усі висловилися, тренер відкриває слайд та коментує відповіді учасників.

Захворювання, викликані вірусом простого герпесу, у ВІЛ-інфікованих зустрічаються досить часто. Досить часто можна спостерігати хронічне протікання захворювання, особливо у хворих із важким ступенем імунодефіциту. При тяжкому імунодефіциті можлива дисемінація інфекції з ураженням внутрішніх органів: стравоходу (виразковий езофагіт, ЦНС (енцефаліт), дихальних шляхів (пневмонія). Ці форми герпетичної інфекції, а також термін висипки більше 4 тижнів, відносять до СНІД-індикаторних.

Для хворих (з пізніми стадіями ВІЛ-інфекції) характерний більш важкий перебіг, хвороби: вищий ризик дисемінації вірусу, частіше спостерігається рефрактерність до терапії і резистентність вірусу до ацикловіру.

Герпесвірусні захворювання, викликані вірусом простого герпесу

Герпетичні ураження ЦНС: менінгіт, енцефаліт, менінгоенцефаліт, які перебігають тяжко, із втратою пам'яті, свідомості, розвитком набряку мозку.

Люмбальна пункція: лімфоцитарний плеоцитоз (від декількох клітин до 1000 і більше в 1 мл).

Клінічні прояви герпетичного гепатиту мало відрізняються від спричиненого іншою вірусною інфекцією, проте притаманний розвиток стоматиту, лихоманки, лейкопенії, пізніше приєднуються профузні кровотечі та розвиток ДВЗ – синдрому.

Ураження ШКТ: езофагіт, якому властиві крововиливи, ерозії, некрози.

Хворі скаржаться на печію, дисфагію, схуднення. Найбільш небезпечними ускладненнями є кровотеча та перфорація стравоходу.

Герпетичні ураження респіраторного тракту: вогнищева та інтерстиціальна пневмонія.

Ознаки: висока лихоманка, непродуктивний кашель, торакалгія, задихка, слабкість. Герпетична пневмонія часто поєднується з трахеїтом, трахеобронхітом, езофагітом.

Слайд №16 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

До дисемінованих форм герпетичної інфекції відносять: герпетичні ураження ЦНС (менінгіт, енцефаліт, менінгоенцефаліт), які перебігають досить тяжко (втрата пам'яті, свідомості, розвиток набряку мозку); герпетичний гепатит; ураження ШКТ (езофагіт), якому властиві крововиливи, ерозії, некрози; хворі скаржаться на печію, дисфагію, схуднення; найбільш небезпечними ускладненнями є кровотеча та перфорація стравоходу; герпетичні ураження респіраторного тракту (очагова та інтерстиціальна пневмонія; висока лихоманка, непродуктивний кашель, торакалгія, задихка, слабкість).

Герпесвірусні захворювання, викликані вірусом простого герпесу. Лікування.

Діагноз:

ураження шкіри та слизових оболонок встановлюють за клінічними ознаками; культивування вірусу, виявлення ДНК ВПГ методом ПЛР або аналізу на антигени ВПГ – при дисемінованих формах.

Лікування місцевих форм (тривалість 5–14 днів):

- Валацикловір 1 г п/о 2 рази на день, або
- Фамцикловір 500 мг п/о 2 рази на день, або
- Ацикловір 400 мг всередину 3 рази на день.

Лікування тяжких уражень шкіри і слизових оболонок:

- початково – ацикловір 5 мг/кг в/в кожні 8 годин;
- після початку регресування виразок, перейти до пероральної терапії, як зазначено вище до їх повного заживлення.

Слайд №17 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Діагноз при ураженні шкіри та слизових оболонок встановлюють за клінічними ознаками; культивування вірусу, виявлення ДНК ВПГ методом ПЛР, або аналізу на антигени ВПГ – при дисемінованих формах.

Лікування місцевих форм тривалістю 5–14 днів. Використовують препарати: валацикловір 1 г перорально 2 рази на день або фамцикловір 500 мг перорально 2 рази на день, або ацикловір 400 мг всередину 3 рази на день. Лікування тяжких уражень шкіри та слизових оболонок: початково – ацикловір 5 мг/кг в/в кожні 8 год.; після початку регресування виразок, перейти до пероральної терапії до їх повного заживлення.

Герпесвірусні захворювання, викликані вірусом простого герпесу

Хронічна підтримуюча терапія

Показання:

- тяжкі рецидиви;
- пацієнти, які хочуть звести до мінімуму частоту рецидивів.

Призначається:

- Валацикловір 500 мг п/о 2 рази на день, або
- Фамцикловір 500 мг п/о 2 рази на день, або
- Ацикловір 400 мг всередину 2 рази на день.

Продовжувати до нескінченності без урахування рівня CD4.

Слайд №18 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Первинну профілактику герпесу проводити не рекомендовано. У хворих з частими рецидивами герпесвірусної інфекції рекомендована довготривала профілактика низькими дозами ацикловіру або валацикловіру.

Герпесвірусні захворювання, викликані вірусом оперізуючого лишая

Збудник: Varicella-Zoster Virus

Основні клінічні прояви:

- нестерпні невралгії;
- лихоманка;
- свербіння шкіри;
- слабкість;
- головний біль;
- поява по ходу окремих нервів (найчастіше – міжреберних) рожевих плям до 3–5 см в діаметрі, які перетворюються в папулу, пухирці, а потім підсихають;
- збільшені та болючі регіонарні лімфовузли.

Часто уражається шкіра обличчя і голови, особливо гілки трійчастого нерву. Можуть розвиватися виразковий кератит, ірит, іридоцикліт, відшарування сітківки.

Для хворих з пізніми стадіями ВІЛ-інфекції характерний більш тяжкий перебіг, вищий ризик дисемінації вірусу, частіше спостерігається рефрактерність до терапії і частіше зустрічається резистентність вірусу до ацикловіру.

Слайд №19 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Оперізуючий герпес розвивається в результаті реактивації латентної інфекції, викликаной Varicella-Zoster Virus. Після первинного інфікування вірус пожиттєво зберігається в спинномозкових гангліях. У ВІЛ-інфікованих рецидиви оперізуючого лишая можливі навіть при збереженому імунітеті та на фоні відновлення імунної системи. Основні клінічні прояви: нестерпні невралгії, лихоманка, свер-

біння шкіри, слабкість, головний біль, поява по ходу окремих нервів (найчастіше – міжреберних) рожевих плям до 3–5 см в діаметрі, які перетворюються в папулу, пухирці, а потім підсихають. Часто уражається шкіра обличчя та голови, особливо гілки трійчастого нерву. Може розвиватися виразковий кератит, ірит, іридоцикліт, відшарування сітківки. Для хворих (з пізніми стадіями ВІЛ-інфекції) характерний більш важкий перебіг, вищий ризик дисемінації вірусу, частіше спостерігається рефрактерність до терапії і резистентність вірусу до ацикловіру.

Герпесвірусні захворювання, викликані вірусом оперізуючого лишаю

Гостре локалізоване ураження шкіри.

Основна схема:

- Валацикловір 1 г п/о 2 рази на день, або
- Фамцикловір 500 мг п/о 3 рази на день, або

Альтернативна схема:

- Ацикловір 800 мг всередину 5 разів на день.
- Тривалість 7–10 днів, більша тривалість повинна розглядатися, якщо пошкодження виразки повільно регресують.

Обширне ураження шкіри або внутрішніх органів:

- Ацикловір 10–15 мг/кг IV кожні 8 годин до клінічного поліпшення;
- Далі перейти до пероральної терапії до завершення 10–14 денного курсу, коли утворення нових виразок припиниться, і симптоми вісцеральної VZV-інфекції зменшаться:
 - Валацикловір 1 г три рази на добу, або
 - Фамцикловір 500 мг три рази на добу, або
 - Ацикловір 800 мг всередину 5 разів на день – денний курс.

Слайд №20 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Лікування герпесвірусних захворювань, викликаних вірусом оперізуючого лишаю:

Гостре локалізоване ураження шкіри.

Основна схема:

- валацикловір 1 г перорально 2 рази на день, або
- фамцикловір 500 мг перорально 3 рази на день.

Альтернативна схема:

- ацикловір 800 мг всередину 5 разів на день.

Тривалість 7–10 днів, більша тривалість повинна розглядатися, якщо пошкодження виразки повільно регресує.

Обширне ураження шкіри або внутрішніх органів:

- ацикловір 10–15 мг/кг IV кожні 8 год. до клінічного поліпшення.

Далі перейти до пероральної терапії до завершення 10–14 денного курсу, коли утворення нових виразок припиниться, і симптоми вісцерального VZV-інфекції зменшаться:

- валацикловір 1 г 3 рази на добу, або
- фамцикловір 500 мг 3 рази на добу, або
- ацикловір 800 мг всередину 5 разів на день (денний курс) (ВІІІ).

Цитомегаловірусна інфекція

Збудник: Cytomegalovirus (ВГЛ-5)

Виявляється у 20–40% ВІЛ-інфікованих.

Зазвичай при рівні CD4-лімфоцитів < 50 кл./мкл.

Поліморфна клінічна картина:

- хоріоретиніт;
- езофагіт;
- ентероколіт;
- коліт;
- периферійні нейропатії;
- мієліт;
- менінгіт;
- пневмонія.

Слайд №21 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

На сьогодні цитомегаловірусна інфекція зустрічається у тих хворих, які не отримують АРТ, і часто буває першим діагностичним проявом СНІДу. Виявляється у 20–40% ВІЛ-інфікованих. Без сучасних методів діагностики та лікування CMV-ретиніт призводить до втрати зору. Майже завжди порушення зору носить незворотній органічний характер, що зберігається навіть при правильному лікуванні. Клінічна картина залежить від локалізації інфекції. Це може бути: хоріоретиніт, езофагіт, ентероколіт, коліт, периферійні нейропатії, мієліт, менінгіт, пневмонія.

Цитомегаловірусний хоріоретиніт

- Характерним є ураження одного ока, при прогресуванні процесу уражається і друге.
- Скарги на нечіткі окреслення предметів, послаблення зору, «мурашки» перед очима.
- При офтальмологічному дослідженні виявляють зону некрозу сітківки білого кольору з набряком, геморагіями оточуючої тканини та периваскулярні жовтувато-білі інфільтрати судин (симптом «омлету з кетчупом»).
- Без лікування захворювання прогресує і закінчується сліпотою.

Слайд №22 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Цитомегаловірусна інфекція. Лікування

Основна схема:

- ганцикловір 5 мг/кг кожні 12 годин в/в;
- можна перейти на валганцикловір 900 мг кожні 12 годин п/о.

Альтернативна схема:

- Фоскарнет 60 мг/кг кожні 8 годин в/в, або
- Фоскарнет 90 мг/кг кожні 12 годин в/в – для пацієнтів з непереносимістю, або токсичністю ганцикловіру, або
- Валганцикловір 900 мг всередину (2 рази на день протягом 14–21 днів, потім 1 р/день).

Тривалість терапії: 21–42 днів

Слайд №23 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Лікування цитомегаловірусної інфекції:

Основна схема:

- ганцикловір 5 мг/кг кожні 12 год. в/в;
- можна перейти на валганцикловір 900 мг кожні 12 год. п/о.

Альтернативна схема:

- фоскарнет 60 мг/кг кожні 8 год. в/в або
- фоскарнет 90 мг/кг кожні 12 год. в/в (для пацієнтів з непереносимістю чи токсичністю ганцикловіру), або
- валганцикловір 900 мг всередину (2 рази на день протягом 14–21 днів, потім один раз в день).

Тривалість терапії: 21–42 днів.

Саркома Капоші

Збудник: вірус герпеса 8 типу.

Основні клінічні прояви:

- тверді на дотик, зазвичай безболісні і не супроводжуються сверблячкою плями, бляшки, вузлики, папули;
- колір варіює від червоно-коричневого до фіолетового;
- з'являється спочатку на шкірі або слизових у вигляді маленьких плям, які поступово збільшуються до вузлика;
- найчастіше з'являються на ногах, обличчі, геніталіях і в порожнині рота;
- на обличчі СК часто локалізується на кінчику носа, навколо очниці;
- у половині випадків уражається шлунково-кишковий тракт, нерідко – трахея, бронхи, плевра, легені.

Слайд №24 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Саркома Капоші найбільш розповсюджене злоякісне новоутворення у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією. Протікання ВІЛ-асоційованої СК може бути досить різноманітним, від помірного, коли з'являються дрібні елементи, що не змінюються протягом років, до надзвичайно агресивного, яке призводить до смерті пацієнта

через декілька місяців. У ВІЛ-асоційованій СК відсутня улюблена локалізація. Елементи можуть з'являтися на будь-якій ділянці шкіри, слизових оболонках, статевих органах.

Елементи тверді на дотик, зазвичай безболісні і не супроводжуються сверблячкою плями, бляшки, вузлики, папули; колір варіює від червоно-коричневого до фіолетового; з'являється спочатку на шкірі чи слизових поверхнях у вигляді маленьких плям, які поступово збільшуються до вузлів.

Саркома Капоші. Лікування

Помірна СК:

- початок або оптимізація АРТ.

Вісцеральна або поширена СК:

- хіміотерапія (після консультації з фахівцями) + АРТ.

Хіміотерапевтичні препарати:

- ліпосомальний доксорубіцин у вигляді монотерапії (максимальний ефект);
- блеоміцин;
- вінкрестин;
- даунорубіцин;
- вінбластин;
- етопозид.

Слайд №25 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Лікування СК залежить від активності процесу.

Помірна СК: початок (оптимізація) АРТ.

Вісцеральна (поширена) СК: хіміотерапія (після консультації з фахівцями) разом із початком (оптимізацією) АРТ.

Хіміотерапевтичні препарати: ліпосомальний доксорубіцин у вигляді монотерапії (максимальний ефект), блеоміцин, вінкрестин, вінбластин, етопозид.

Прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія

Збудник: JC вірус (поліомавірус).

Може виникнути при будь-якому рівні CD4-лімфоцитів.

Основні клінічні прояви:

- поступовий початок;
- поява вогнищевих неврологічних ознак, які залежать від ділянок демієлінізації і варіюються від пацієнта до пацієнта;
- ураженими можуть бути будь-які ділянки, але найчастіше уражаються:
- потилична частка (з геміанопсією);
- лобна і тім'яна частки (афазія, геміпарез, і гемісенсорний дефіцит);
- ніжки мозочка і біла речовина (дисметрія і атаксія).

Ураження спинного мозку – рідкісні.

Часто розпочинається як часткове ураження (наприклад, слабкість в одній нозі), що погіршується часом і залучає все більшу площу (наприклад, еволюція до геміпарезу), за мірою концентричного розширення вогнищ демієлінізації.

Фокусний (мультифокальний) характер патології та тривалий розвиток (протягом декількох тижнів) є диференційно-діагностичними ознаками.

Головний біль і лихоманка не характерні для ПМЛ, за винятком складних запальних форм PML (дивись нижче), але судоми розвиваються у майже 20% хворих.

Слайд №26 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія (далі по тексту – ПМЛ) – це тяжке демієлінізуюче захворювання ЦНС, збудником якого є JC вірус. Оскільки частка серопозитивних сягає 80%, мова йде про можливість латентної інфекції. Реактивація вірусу та розвиток клінічних проявів захворювання розвиваються при порушенні клітинної ланки імунітету.

Основні клінічні прояви ПМЛ:

- поступовий початок;
- поява очагових неврологічних ознак, які залежать від ділянок демієлінізації і варіюються від пацієнта до пацієнта;
- ураженими можуть бути будь-які ділянки, але найчастіше уражаються: потилична частка (з геміанопсією), лобна і тім'яна частки (афазія, геміпарез, і гемісенсорний дефіцит), ніжки мозочка і біла речовина (дисметрія, атаксія), ураження спинного мозку – рідкісні.

Досить часто розпочинається як часткове ураження (наприклад, слабкість в одній нозі), що погіршується часом, і залучає все більшу площу (наприклад, еволюція до геміпарезу), за мірою концентричного розширення вогнищ демієлінізації. Фокусний (мультифокальний) характер патології та тривалий розвиток (протягом декількох тижнів) є диференційно-діагностичними ознаками. Головний біль і лихоманка не характерні для ПМЛ, за винятком тяжких запальних форм ПМЛ, але судоми розвиваються у майже 20% хворих.

Прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія. Діагностика

Діагноз PML ґрунтується на комбінації клінічних ознак та нейровізуалізації.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) майже завжди підтверджує ураження білої речовини в областях мозку, що відповідають вогнищевим симптомам.

Ураження є гіперінтенсивними (білими) на T2-зваженому МРТ гіпоінтенсивні (темні) на T1-зважених зображеннях.

мас-ефект або зміщення нормальних структур як правило відсутні.

Серологічну діагностику, як правило, не використовують через високе поширення вірусу в загальній популяції.

Слайд №27 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Діагноз PML ґрунтується на комбінації клінічних ознак та нейровізуалізації. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) майже завжди підтверджує ураження білої речовини головного мозку, що відповідають очаговим симптомам. Ураження є гіперінтенсивними (білими) на T2-зваженому МРТ гіпоінтенсивні (темні) на T1-зважених зображеннях; мас-ефект (зміщення) нормальних структур відсутні. Серологічну діагностику, як правило, не використовують через високе поширення вірусу в загальній популяції.

Прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія. Профілактика та лікування

- Немає ефективної протівірусної терапії для профілактики або лікування JCV-інфекції, або ПМЛ.
- Основним підходом до лікування є збереження імунної функції чи відновлення імунітету через ефективну АРТ.
- Якщо пацієнт не отримує АРТ, її слід розпочати одразу.
- У пацієнтів, які отримують АРТ, але вірусне навантаження залишається визначальним через недостатню прихильність до АРТ або резистентність вірусу до АРВП, АРТ повинна бути оптимізована для забезпечення пригнічення реплікації ВІЛ.

Слайд №28 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Немає ефективної протівірусної терапії для профілактики чи лікування JCV-інфекції (ПМЛ). Основним підходом до лікування є збереження імунної функції чи відновлення імунітету через ефективну АРТ. Якщо пацієнт не отримує АРТ, то її слід розпочати одразу. У пацієнтів, які отримують АРТ, але вірусне навантаження залишається визначальним через недостатню прихильність до АРТ або резистентність вірусу до АРВП, АРТ повинна бути оптимізована для забезпечення пригнічення реплікації ВІЛ-інфекції.

2. Розгляд ситуаційної задачі (10 хв.)

Після завершення презентації тренер пропонує учасникам розглянути ситуаційну задачу за темою «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій».

Тренер для усіх учасників зачитує умову та запитання задачі, отримує відповіді, фіксує їх на фліпчарті, представляє правильні відповіді, обговорює їх з учасниками, ставить додаткові запитання.

Ситуаційна задача

Чоловік 32 роки, вага тіла – 68 кг, зріст 182 см.
Діагноз «ВІЛ-інфекція» встановлено 6 років тому.
Відвідував медичний заклад нерегулярно.
Від АРТ та прийому будь-якого профілактичного лікування відмовлявся.

Клінічна картина:

- температура тіла – 38,2;
- задишка, яка поступово наростає;
- кашель з виділенням незначної кількості мокротиння;
- слабкість.

Аускультативно – зміни відсутні.

Рентгенологічно – дифузні, двосторонні, симетричні інтерстиціальні інфільтрати у прикорневих відділах.

Лабораторно – CD4 – 50 кл./мкл, гіпоксемія, ЛДГ – 470 Од/л.

Запитання:

- Який можливий діагноз?
- Які необхідні додаткові обстеження?

Слайд №29 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

СИТУАЦІЙНА ЗАДАЧА

Інформація про пацієнта

На прийом до сімейного лікаря звернувся чоловік, 32 роки, діагноз ВІЛ-інфекція встановлено 6 років тому. Відвідував медичний заклад нерегулярно. Від АРТ та прийому будь-якого профілактичного лікування відмовлявся.

Клінічна картина: температура тіла – 38,2, задишка, що поступово наростає, кашель з виділенням незначної кількості мокротиння, слабкість.

Аускультативно – зміни відсутні.

Рентгенологічно – дифузні, двосторонні, симетричні інтерстиціальні інфільтрати у прикореневих відділах.

Лабораторно – CD4 – 50 кл./мкл, гіпоксемія.

ЛДГ – 470 Од/л.

Запитання для обговорення

- Який можливий діагноз?
- Які необхідні додаткові обстеження?

Диференційний діагноз. Обстеження

- Пневмонія.
- Туберкульоз.
- Бактеріальна пневмонія.
- Онкологічні захворювання легень.

Діагностика:

- дослідження зразка індукованої мокроти (чутливість 56%) або змивів з поверхні бронхів, отриманих при бронхоальвеолярному лаважі.

Слайд№30 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Диференційний діагноз:

- пневмонія;
- туберкульоз;
- бактеріальна пневмонія;
- онкологічні захворювання легенів.

Кашель зазвичай непродуктивний, тому дослідження зразка індукованої мокроти (чутливість цього методу в середньому становить 56%) або змивів з поверхні бронхів, отриманих при бронхоальвеолярному лаважі. Оскільки чутливість дослідження індукованого мокротиння низька, то пацієнтам з негативними результатами необхідно виконати бронхоскопію.

КТ особливо актуальний при відсутності змін на рентгенограмі, що може траплятися у таких пацієнтів.

Результати обстеження

Дослідження зразка мокротиння або змивів з поверхні бронхів, на наявність *Pneumocystis jirovecii* – позитивне.

КТ ОГК: виявляється феномен «матового скла».

Діагноз: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Пневмоцистна пневмонія.

Запитання:

- Яке має бути призначене лікування?
- Який термін лікування?
- Яка подальша тактика?

Слайд №31 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Тренер зачитує результати обстеження пацієнта по ситуаційній задачі:

«За результатами обстеження у пацієнта: ВІЛ-інфекція. Клінічна стадія IV. Пневмоцистна пневмонія».

Тренер звертається до учасників з запитаннями:

- Яке має бути призначене лікування?
- Який термін лікування?
- Подальша тактика?

Тренер фіксує відповіді учасників на фліпчарті.

Після того, як усі учасники висловилися, тренер переходить до наступного слайду з алгоритмом відповіді.

Лікування

Триметоприм/сульфаметоксазол (TMP 15–20 мг та SMX 75 – 100 мг)/кг/добу в/в розділено на 3–4 прийоми кожні 6 годин або кожні 8 годин.

Можна перейти на п/о прийом після клінічного покращення.

Тривалість – 21 день

Далі:

- Триметоприм/сульфаметоксазол 2 таб. (480 мг) на день, або
- Триметоприм/сульфаметоксазол 1 таб. (480 мг) щодня до досягнення рівня CD4 >200/мкл протягом 3 міс.
- Решта препаратів – не зареєстрована в Україні.
- Призначення АРТ!!!

Запитання:

- Коли і яку профілактику мав приймати пацієнт?

Слайд №32 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Тренер з учасниками обговорюють схему та терміни лікування, терміни вторинної профілактики.

Після чого тренер ставить учасникам запитання:

Коли і яку профілактику мав приймати пацієнт?

З метою профілактики пневмоцистної пневмонії, пацієнтам з CD4<200/мкл, призначається Триметоприм/сульфаметоксазол 2 таблетки (480 мг) на день або Триметоприм/сульфаметоксазол 1 таблетка (480 мг) щодня до досягнення рівня CD4 >200/мкл протягом 3 міс.

Профілактика пневмоцистної пневмонії

Зниження рівня CD4<200/мкл:

- Триметоприм/сульфаметоксазол 2 таблетки (480 мг) на день або
- Триметоприм/сульфаметоксазол 1 таблетка (480 мг) щодня до досягнення рівня CD4 >200/мкл протягом 3 міс.

Слайд №33 презентації «Діагностика, профілактика, лікування грибкових та вірусних опортуністичних інфекцій»

Тренер фіксує відповіді учасників на фліпчарті. Після того, як усі бажаючи дали відповіді на запитання, тренер переходить до наступного слайду з правильною відповіддю.

3. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Наприкінці тренер акцентує увагу на тому, що серед розглянутих грибкових інфекцій є засоби лікування як первинної, так і вторинної профілактики пневмоцистної пневмонії. При кандидозі медикаментозну профілактику не рекомендують. При криптококозі призначають індукційну та консолідувальну терапії. Хворим із частими рецидивами герпесвірусної інфекції рекомендована довготривала профілактика низькими дозами ацикловіру (валацикловіру). Не проводять первинну профілактику цитомегаловірусної інфекції. Лікування СК залежить від активності процесу: помірна СК – початок (оптимізація) АРТ, вісцеральна (поширена) СК – хіміотерапія разом з початком (оптимізацією) АРТ; основним підходом до лікування ПМЛ є збереження імунної функції чи відновлення імунітету через ефективну АРТ.

Контрольні запитання

- Які препарати використовують для профілактики пневмоцистної пневмонії?
- Назвіть основні та альтернативні режими лікування орофарингіального кандидозу.

- Назвіть органи, що уражуються вірусом простого герпесу. Назвіть принципи лікування.
- Назвіть препарати та дозування при лікуванні цитомегаловірусної інфекції.
- Назвіть принципи лікування саркоми Капоші.
- Назвіть препарати для профілактики та лікування ПМЛ.

Література

1. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551.
2. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. – М. : Р. Валент, 2012. – 497 с.
3. Хоффман К. Лечение ВИЧ-инфекции / К. Хоффман, Ю. Рокштро. – М. : Р. Валент, 2011. – 736 с.
4. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Краткий обзор основных особенностей и рекомендаций. Всемирная организация здравоохранения, июнь 2013. – 15 с.
5. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Всемирная организация здравоохранения, июль 2014. – 164 с.
6. European Guidelines for treatment of HIV-infected adults in Europe. Version 7.1. November 2014.
7. DHNS: Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents. July 2013.

РОЗДІЛ 4. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА ВАГІТНИМИ ВІЛ-ПОЗИТИВНИМИ ЖІНКАМИ, ЗА ДІТЬМИ, НАРОДЖЕНИМИ ВІЛ-ПОЗИТИВНИМИ МАТЕРЯМИ, А ТАКОЖ ПРОВЕДЕННЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАГЛЯДУ ЗА ВІЛ-ПОЗИТИВНИМИ ПАЦІЄНТАМИ ТА НАДАННЯ ЇМ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

ТЕМА 4.1. МЕДИЧНИЙ НАГЛЯД ЗА ВАГІТНИМИ ВІЛ-ПОЗИТИВНИМИ ЖІНКАМИ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання

1. Розповісти інформацію про епідеміологічну ситуацію в Україні, пов'язану з ВІЛ-інфекцією у жінок.
2. Розглянути показник передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.
3. Проаналізувати ризики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.
4. Визначити підходи ВООЗ до ефективної ППМД та організаційні механізми ППМД.
5. Знати роль ЛЗП/СЛ у профілактиці передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.
6. Ознайомити учасників із особливостями ДКТ вагітних.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - основні закономірності поширення ВІЛ-інфекції серед жінок;
 - вплив поширення ВІЛ-інфекції серед жіночого населення на рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
 - основні шляхи передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
 - організацію ППМД у відповідності до рекомендацій ВООЗ;
 - методи ДКТ вагітних жінок.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - проводити первинну профілактику ВІЛ-інфекції у жінок;
 - сприяти ВІЛ-інфікованим жінкам у плануванні сім'ї.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»	20 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 4.1 «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»
2.	Обговорення «Права ВІЛ-інфікованої вагітної»	10 хв.	
3.	Рольова гра «Права ВІЛ-інфікованого пацієнта». Робота в малих групах	25 хв.	
4.	Мозковий штурм «Чинники негативного впливу на ефективність ППМД»	20 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери
5.	Інформаційне повідомлення «Проблеми організації реалізації репродуктивної функції ВІЛ-інфікованими пацієнтами». Обговорення	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 4.1 «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»
6.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Інформаційне повідомлення «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини» (20 хв.)

Проблема ВІЛ-інфекції понад 30 років залишається актуальною для світової спільноти. Масштаби поширення вірусу імунодефіциту людини набули глобального характеру і постають реальною загрозою соціально-економічному розвитку більшості країн світу.

Особливістю вітчизняної системи охорони здоров'я є чітка система нагляду за перебігом вагітності та надання послуг із питань охорони репродуктивного здоров'я. Вважають, що рівень інфікованості ВІЛ-інфекцією серед жінок, які відвідують жіночі консультації з приводу вагітності, достатньо реально відображає рівень інфікованості ВІЛ-інфекції і тенденції розвитку епідемії серед загального населення. Окрім цього, означена група жінок складає репрезентативну групу вибірки для проведення аналізу епідемічної ситуації серед сексуально активної частини населення (UNAIDS/WHO, 2000).

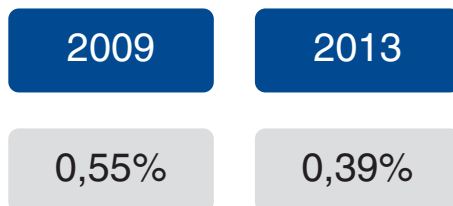
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

- Рівень інфікованості ВІЛ серед жінок, які відвідують жіночі консультації з приводу вагітності, достатньо реально відображає рівень інфікованості ВІЛ і тенденції розвитку епідемії серед загального населення.
- Означена група жінок становить репрезентативну групу вибірки для проведення аналізу епідемічної ситуації серед сексуально активної частини населення.

Слайд №2 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

За останні роки (2009–2013 рр.) в Україні спостерігається позитивна тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед вагітних за результатами первинного тестування (код 109.1): 0,55%; 0,48%; 0,47%, 0,45%, 0,39%, відповідно, що прямо корелює з динамікою реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції серед вагітних.

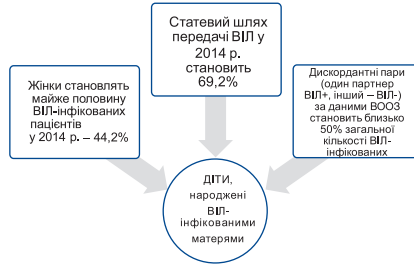
Рівень поширеності ВІЛ серед вагітних



Слайд №3 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ-інфекції в Україні також вказує на потенційну загрозу ВІЛ-інфекції для жінок. В Україні відбувається фемінізація ВІЛ-інфекції. Основним шляхом передачі ВІЛ-інфекції в Україні, з 1995 до 2007 рр., включно, був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 р. вперше, починаючи з 1995 р., відбулася зміна частки шляхів передачі з перевагою статевого шляху над парентеральним. У 2014 р. частка осіб, які були інфіковані статевим шляхом, становила до 69,2%. Жінки складають майже половину ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а саме у 2014 р. – 44,2%. Дискордантні пари: (один – ВІЛ-інфікований, другий – ВІЛ-негативний) – за даними ВООЗ складає біля 50% загальної кількості ВІЛ-інфікованих.

Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед вагітних



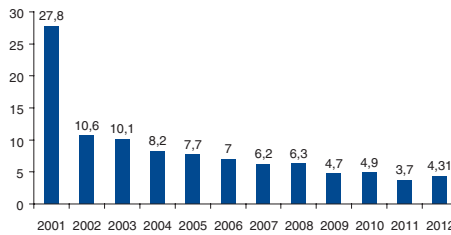
Слайд №4 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Зростання гетеросексуального шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку спричинило поступове збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. В останні роки щорічно реєструють близько 4 000 випадків народження дітей ВІЛ-інфікованими жінками. І, хоча, в країні спостерігається прогрес у профілактиці передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, загальна кількість дітей з підтвердженим ВІЛ-позитивним статусом продовжує зростати.

Станом на 01.01.2015 р. всього під наглядом перебувають 9 738 дітей. З них 3 036 дітей, у яких діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено, у тому числі 831 дітей у стадії СНІД та 6 702 дітей у стадії підтвердження статусу щодо ВІЛ-інфекції.

Найвищі показники частоти передачі від матері до дитини у 2012 р. зафіксовано у Вінницькій (13,33%), Сумській (10,81%), Рівненській (6,25%), Донецькій (6,01%), Дніпропетровській (5,96%), Кіровоградській (5,62%) областях.

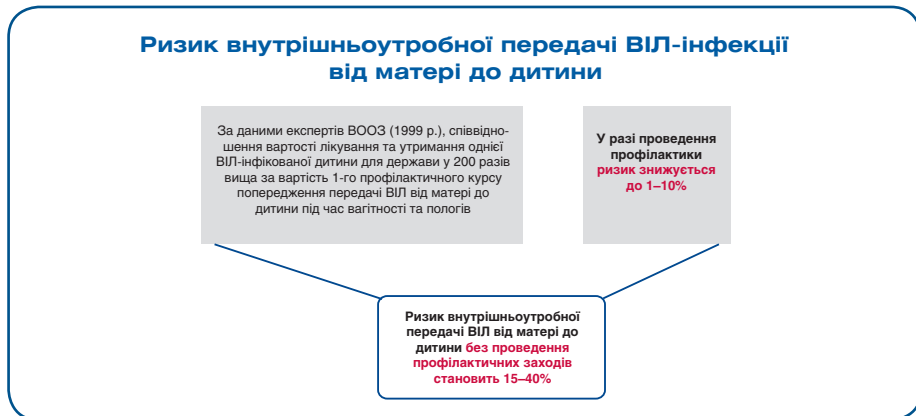
Показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД)



Слайд №5 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Ризик внутрішньоутробної передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини без проведення профілактичних заходів становить 15–40%. У разі проведення профілактики він знижується до 1–10%. За даними експертів ВОЗ (1999 р.), співвідношення вартості лікування та утримання однієї ВІЛ-інфікованої дитини для

держави у 200 разів вища від вартості одного профілактичного курсу попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини під час вагітності та пологів.



Слайд №6 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Передача ВІЛ-інфекції від матері до дитини (вертикальна трансмісія ВІЛ-інфекції) – один із встановлених та попереджувальних шляхів ВІЛ-інфікування. ВІЛ-інфекція може передаватись під час вагітності, пологів та грудного вигодовування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Стратегія ВООЗ ефективної профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини здійснюється за 4-компонентним підходом: профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок, профілактика небажаної вагітності, профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (далі по тексті – ППМД), лікування та соціальна підтримка.



Слайд №7 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Заходи з ППМД в Україні здійснюються у відповідності до вимог спільного Наказу 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 та Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 р. №740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей», який структурно відображає 4-компонентний підхід ВООЗ ефективної профілактики ВІЛ-інфекції у дітей, медичної та соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям і їх сім'ям із чітким визначення функцій кожного із співвиконавців та їх підвідомчих структур. В наказі визначені вимоги міжгалузевого впливу на подолання ВІЛ-інфекції у дітей, а ВІЛ-інфікованим дітям забезпечення достойної якості життя. Клінічні аспекти ППМД регламентуються клінічним протоколом «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини», затвердженого наказом МОЗ від 14.11.2007 р. №716.

ОРГАНІЗАЦІЯ ППМД

- Спільний Наказ МОЗ України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 р. №740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».
- Клінічний протокол «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини», затвердженого наказом МОЗ від 14.11.2007 р. №716.

Слайд №8 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

До уваги тренера!

Для ЛЗП/СЛ є важливим розуміти їх роль у первинній профілактиці ВІЛ-інфекції серед жінок, що є основоположним моментом для ефективної ППМД, маючи на увазі те, що, якщо менше буде ВІЛ-інфікованих жінок, то буде менше ВІЛ-інфікованих вагітних та дітей, народжених ними.

Роль лікаря загальної практики – сімейного лікаря у первинній профілактиці ВІЛ-інфекції у жінок

Первинна профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок є основоположним моментом для ефективної ППМД.



Слайд №9 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Питання профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок у напрямку вирішення проблеми ППМД розглядається як базова стратегія зменшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку (15–49 років) – потенційних вагітних.

Необхідність первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок в Україні пояснюється такими проблемами:

- збільшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку;
- збільшення питомої ваги жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів;
- високий рівень поширення ВІЛ-інфекції гетеросексуальним шляхом та через СІН;
- поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних;
- високий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію жінок молодого віку у порівнянні з чоловіками;
- економічна ефективність первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок.

Скорочення кількості ВІЛ-інфікованих серед жінок репродуктивного віку сприятиме зменшенню кількості новонароджених, що піддаються ризику інфікування. Кожний попереджений випадок ВІЛ-інфікування жінки дітородного віку означає запобігання інфікування кожного з дітей, яких вона може народити. Первинна профілактика також здійснить вплив на благополуччя дітей, оскільки, якщо запобігти ВІЛ-інфікуванню батьків, то знизиться вірогідність того, що діти залишаться сиротами.

Первинна профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок

Необхідність первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок в Україні пояснюється такими проблемами:

- збільшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку;
- збільшення питомої ваги жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів;
- високий рівень поширення ВІЛ-інфекції гетеросексуальним шляхом та через СІН;
- поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних;
- високий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію жінок молодого віку у порівнянні з чоловіками;
- економічна ефективність первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок.

Слайд №10 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Попередження небажаної вагітності серед ВІЛ-інфікованих жінок.

Попередження небажаної вагітності є складовою ефективною ППМД і належить безпосередньо до питань системи планування сім'ї (далі по тексту – ПС), зважаючи на те, що ПС – це види діяльності, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів:

- запобігти небажаній вагітності;
- народити бажаних дітей;
- регулювати перерви між вагітностями;
- контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів, визначати кількість дітей в сім'ї.

Це поняття включає в себе інформацію про шляхи досягнення цих цілей, забезпечення свідомого вибору, можливість скористатися всім спектром безпечних та ефективних методів.

Що таке планування сім'ї?

Планування сім'ї — це види діяльності, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів:

- запобігти небажаній вагітності;
- народити бажаних дітей;
- регулювати перерви між вагітностями;
- контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів;
- визначити кількість дітей в сім'ї.

Це поняття включає в себе інформацію про шляхи досягнення цих цілей, забезпечення свідомого вибору, можливість скористатися всім спектром безпечних та ефективних методів.

Слайд №11 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Необхідність здійснення заходів з ПС визначається такими складовими проблемами небажаної вагітності:

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

Попередження небажаної вагітності серед ВІЛ-інфікованих жінок

Необхідність здійснення заходів з ПС визначається такими складовими проблемами небажаної вагітності:

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

Слайд №12 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

В Україні рівень абортів, або штучного переривання вагітності, терміном до 12 тижнів вагітності за бажанням жінки утримується на рівні 11–16% від загальної кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих вагітних.

Дотримуючись ратифікованої в Україні Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, ВІЛ-інфікована жінка має право на народження дитини. Одними із важливих завдань сімейного лікаря є забезпечення вичерпною інформацією та доступною медичною допомогою цієї категорії пацієнтів з метою підвищення якості та тривалості життя ВІЛ-інфікованої жінки для народження та виховання своїх дітей, таким чином, здійснення профілактики дитячого сирітства.

При проведенні роботи з ПС необхідно дотримуватись етичних норм, визнавати правову незалежність пацієнтів та право на поінформоване самовизначення. Репродуктивний вибір – це невід’ємне право кожної людини. Питання кількості дітей у ВІЛ-інфікованих осіб вирішується індивідуально, враховуючи стан здоров’я та соціальну адаптованість пацієнтки.

Конвенція про права людини

Завданнями сімейного лікаря є:

- забезпечення вичерпною інформацією та доступною медичною допомогою цієї категорії пацієнтів з метою підвищення якості та тривалості життя ВІЛ-інфікованої жінки для народження та виховання своїх дітей, таким чином, здійснення профілактики дитячого сирітства;
- при проведенні роботи з ПС необхідно дотримуватись етичних норм, визнавати правову незалежність пацієнтів та право на поінформоване самовизначення;
- репродуктивний вибір – це невід’ємне право кожної людини. Питання кількості дітей у ВІЛ-інфікованих осіб вирішується індивідуально, враховуючи стан здоров’я та соціальну адаптованість пацієнтки.

Слайд №13 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

ВІЛ-інфікована жінка, яка хоче уникнути вагітності, потребує доступу до ефективних засобів контрацепції. Вибір контрацептиву здійснюється у відповідності до ступеня перебігу ВІЛ-інфекції та прийому АРВ препаратів. Методичним матеріалом для призначення контрацептивів ВІЛ-інфікованим пацієнтам є навчальний посібник «Комплексна допомога при небажаній вагітності» (2014 р.).

Планування сім’ї для ВІЛ-інфікованих жінок

- ВІЛ-інфікована жінка, яка хоче уникнути вагітності, потребує доступу до ефективних засобів контрацепції.
- Вибір контрацептиву здійснюється у відповідності до ступеня перебігу ВІЛ-інфекції та прийому АРВ препаратів.
- Методичним матеріалом для призначення контрацептивів ВІЛ-інфікованим пацієнтам є навчальний посібник «Комплексна допомога при небажаній вагітності» (2014 р.).

Слайд №14 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Проблеми прихильності ВІЛ-інфікованої жінки до АРВ-профілактики за умови небажаної вагітності у соціально неадаптованих ВІЛ-інфікованих жінок є важливим чинником перинатальної ВІЛ-інфекції. Вирішення цих проблем через ефективну роботу з питань ПС з ВІЛ-інфікованими жінками сприятиме підвищенню результатів ППМД. Загальновідомо, що прихильність до АРВ-профілактики буде значно вищою у разі бажаної вагітності.

Застосування контрацептивів ВІЛ-інфікованими пацієнтками, з метою попередження небажаної вагітності, має свої особливості у зв'язку із взаємодією контрацептивів і АРВ-препаратів та оцінюється з погляду відношення ризику для здоров'я та користі від їх використання за відповідного стану здоров'я, який впливає на використання методу контрацепції.

Розподіл показань до використання контрацептивів у залежності від стану здоров'я пацієнта, в тому числі ВІЛ/СНІДу, здійснюється за рекомендованою класифікацією ВООЗ, за якою показання розподіляють на чотири категорії (класи):

1 – стан здоров'я, при якому наявні протипоказання до використання даного методу контрацепції відсутні;

2 – стан здоров'я, при якому очікувана користь від використання даного методу контрацепції в цілому перевищує теоретичні (доведені) ризики;

3 – стан здоров'я, при якому теоретичні (доведені) ризики в цілому перевищують очікувану користь від використання даного методу контрацепції;

4 – стан здоров'я, при якому використання даного методу контрацепції абсолютно протипоказано.

Наведена таблиця є зручною для використання у діяльності практичних спеціалістів, а також для підбору контрацептиву при проведенні індивідуального консультування сімейної пари сімейним лікарем, соціальними працівниками, представниками НУО та іншими спеціалістами.

Застосування контрацепції у ВІЛ-інфікованих пацієнтів (класи ВООЗ)

Стан пацієнта	КОК	КІК	КП/ВК	ПТП	ДМПА	ЛНГ/ЕТГ Імплан- тати	СІ-ВМК	ЛНГ-ВМС
ВІЛ/СНІД								
Високий ризик ВІЛ-інфікування	1	1	1	1	1		2	2
ВІЛ-позитивні	1	1	1	1	1	1	2	2
СНІД	1	1	1	1	1	1	3	3
Антиретровірусна терапія	2	2	2	2	2	2	2/3	2/3

* КОК – Комбіновані оральні контрацептиви.
 КІК – комбіновані ін'єкційні контрацептиви.
 ПТП – протизаплідні таблетки прогестогенового ряду.
 ДМПА – депо-медроксипрогестерону ацетат – прогестогени пролонгованої дії.
 ПК – прогестогенові контрацептиви.
 ВМК – внутрішньоматковий контрацептив.
 ВМС – внутрішньоматкова спіраль, що містить левоноргестрел.

Слайд №15 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Медична допомога ВІЛ-інфікованим вагітним на первинному рівні ЛЗП-СЛ ґрунтується на своєчасності їх виявлення, кваліфікованості консультування щодо перебігу вагітності, спостереженні за ВІЛ-інфікованими вагітними та народженими ними дітьми з контролем виконання призначень лікарів вторинного та третинного рівнів організації медичної допомоги.

Медична допомога ВІЛ-інфікованим вагітним на первинному рівні ЛЗП-СЛ ґрунтується на:

- своєчасності виявлення ВІЛ-інфікованих вагітних;
- кваліфікованості консультування щодо перебігу вагітності;
- спостереженні за ВІЛ-інфікованими вагітними та народженими ними дітьми з контролем виконання призначень лікарів вторинного та третинного рівнів організації медичної допомоги.

Слайд №16 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Клінічні підходи до ППМД охоплюють неускладнену та ускладнену вагітність, коінфекції з гепатитом В, гепатитом С і туберкульозом, наркотичну залежність, тактику ведення недоношених новонароджених, варіанти вигодовування та догляд за дитиною до остаточного встановлення ВІЛ-статусу.

Протягом 2013–2015 рр. в Україні активно працювала експертна робоча група при МОЗ України з питань розробки Проекту уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», розробленого на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «Передача ВІЛ від матері до дитини». Клінічні методи ППМД, що використовуються у Проекті уніфікованого клінічного протоколу, рекомендовані ВООЗ у клінічному протоколі «Профілактика передачі ВІЧ от матері ребенку» (2012). Найближчим часом даний Проект має пройти всі етапи затвердження та набрати чинності.

В Проекті уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», одна з ключових ролей у ППМД відводиться ЛЗП/СЛ, що відповідає сучасному баченню реформи медичної сфери в Україні, розбудові її ефективності у наданні медичних послуг та передовій світовій практиці.

Консультування з питань ППМД є важливою складовою комплексу заходів щодо профілактики подальшого поширення ВІЛ-інфекції серед населення. Надання добровільної консультативної допомоги населенню стосовно шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування, сприяє прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, визначення ВІЛ-статусу людини, підтримці подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ-інфекції поведінки, отриманню своєчасної медичної допомоги (обстеження на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом, опортуністичні інфекції та їх лікування, своєчасний початок антиретровірусної терапії), профілактиці вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції та отриманню послуг з планування сім'ї, всебічній підтримці, у тому числі за принципом «рівний–рівному».

Консультування з питань ППМД є важливою складовою комплексу заходів щодо профілактики подальшого поширення ВІЛ-інфекції серед населення

Надання добровільної консультативної допомоги населенню стосовно шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування, сприяє:

- прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ;
- визначення ВІЛ-статусу людини;
- підтримці подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки;
- отриманню своєчасної медичної допомоги (обстеження на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом, опортуністичні інфекції та їх лікування, своєчасний початок АРТ);
- профілактиці вертикальної трансмісії ВІЛ;
- отриманню послуг із планування сім'ї;
- залучення до програм з догляду та підтримки, в т.ч. за принципом «рівний-рівному».

Проект уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) МД «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»

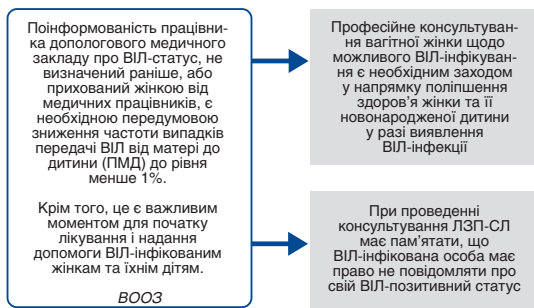
Слайд №17 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Професійне консультування вагітної жінки щодо можливого ВІЛ-інфікування є необхідним заходом у напрямку поліпшення здоров'я жінки та її новонародженої дитини у разі виявлення ВІЛ-інфекції. Поінформованість працівника допологового медичного закладу про ВІЛ-статус, невизначений раніше, або прихований жінкою від медичних працівників, є необхідною передумовою зниження частоти випадків передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини до рівня менше 1%. Крім того, це є важливим моментом для початку лікування і надання допомоги ВІЛ-інфікованим жінкам та їхнім дітям.

До уваги тренера!

Слід наголосити, що при проведенні консультування ЛЗП/СЛ потрібно пам'ятати, що ВІЛ-інфікована особа має право не повідомляти про свій ВІЛ-позитивний статус.

Консультування з питань ППМД на первинній ланці МД



Слайд №18 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Відповідно до Проекту уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) МД «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», завданням ЗП/СЛ є здійснення консультування з таких питань:

- використання презервативів для профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом (далі по тексту – ІПСШ);
- ризику передачі ВІЛ-інфекції плоду і новонародженому та способи її попередження;
- ризику і профілактики перинатальної передачі вірусів гепатиту В і С;
- ризику післяпологової передачі ВІЛ-інфекції при грудному вигодовуванні і рекомендацій із вигодовування дитини штучними дитячими сумішами;
- можливостей планування сім'ї та сучасних методів контрацепції для попередження небажаної вагітності в майбутньому;
- здійснення скринінгу на вживання наркотиків за допомогою профілактичного опитувальника для роботи з вагітними «АССИСТ».

Консультування з питань ППМД щодо:

- використання презервативів для профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом (далі по тексту – ІПСШ);
- ризику передачі ВІЛ-інфекції плоду і новонародженому та способи її попередження;
- ризику і профілактики перинатальної передачі вірусів гепатиту В і С;
- ризику післяпологової передачі ВІЛ-інфекції при грудному вигодовуванні і рекомендацій із вигодовування дитини штучними дитячими сумішами;
- можливостей планування сім'ї та сучасних методів контрацепції для попередження небажаної вагітності в майбутньому;
- здійснення скринінгу на вживання наркотиків за допомогою профілактичного опитувальника для роботи з вагітними "АССИСТ".

Слайд №19 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Допологовий скринінг на ВІЛ дає можливість виявити якомога раніше ВІЛ-інфікованих вагітних жінок та провести комплекс заходів із профілактики ПМД для того, щоб звести до мінімуму ризик передачі вірусу дитині під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді. Стандартизація тестування на ВІЛ є важливою частиною допологової і загальної медичної допомоги щодо її своєчасності та якості.

Проект уніфікованого протоколу ППМД визначає такий порядок організації тестування:

1. Вагітні, які були взяті на облік по вагітності у першому триместрі (до 12 тижнів включно):

- обстеження на ВІЛ-інфекцію при взятті на облік по вагітності здійснюють методом ІФА за кодом 109.1;
- у разі негативного результату друге обстеження проводять в 20–24 тижні вагітності методом ІФА за кодом 109.2;
- у разі негативного результату третє обстеження проводять в 32–36 тижні вагітності методом ІФА за кодом 109.3;

- у разі негативного результату обстеження під час пологів не проводять, за винятком вагітних із груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та у випадках серодискордантних пар (методом експрес-тестування).
2. Вагітні, які були взяті на облік по вагітності у другому триместрі (13–24 тижнів включно):
- обстеження на ВІЛ-інфекцію при взятті на облік по вагітності методом ІФА за кодом 109.1;
 - у разі негативного результату друге обстеження проводять в 32–36 тижні вагітності методом ІФА за кодом 109.2;
 - у разі негативного результату обстеження під час пологів не проводять, за винятком вагітних із груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ-інфекцією та у випадках серодискордантних пар (методом експрес-тестування).
3. Вагітні, які були взяті на облік в жіночу консультацію у третьому триместрі (після 24 тижнів):
- обстеження на ВІЛ-інфекцію при взятті на облік по вагітності методом ІФА за кодом 109.1;
 - у разі негативного результату повторне обстеження методом експрес-тестування за кодом 109.2 проводять при надходженні до пологового стаціонару для розродження, відповідно до алгоритму клінічного протоколу.

Тестування на ВІЛ вагітних (1)
Проект уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) МД «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»

Вагітні, які були взяті на облік по вагітності у I триместрі (до 12 тижнів включно):

- обстеження на ВІЛ при взятті на облік по вагітності здійснюється методом ІФА за кодом 109.1;
- у разі негативного результату, друге обстеження проводять в 20–24 тижні вагітності методом ІФА за кодом 109.2;
- у разі негативного результату, третє обстеження проводять в 32–36 тижні вагітності методом ІФА за кодом 109.3;
- у разі негативного результату, обстеження під час пологів не проводять, за винятком вагітних із груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та у випадках серодискордантних пар (методом експрес-тестування).

Вагітні, які були взяті на облік по вагітності у II триместрі (13–24 тижнів включно):

- обстеження на ВІЛ при взятті на облік по вагітності методом ІФА за кодом 109.1;
- у разі негативного результату, друге обстеження проводять в 32–36 тижні вагітності методом ІФА за кодом 109.2;
- у разі негативного результату, обстеження під час пологів не проводять, за винятком вагітних з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та у випадках серодискордантних пар (методом експрес-тестування).

Вагітні, які були взяті на облік в жіночу консультацію у III триместрі (після 24 тижнів):

- обстеження на ВІЛ при взятті на облік по вагітності методом ІФА за кодом 109.1;
- у разі негативного результату, повторне обстеження методом експрес-тестування за кодом 109.2 проводять при надходженні до пологового стаціонару для розродження, відповідно до алгоритму клінічного протоколу.

Слайд №20 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

4. Вагітні, які були не перебували на обліку по вагітності у допологовому періоді:
- у разі звернення вагітної до пологового стаціонару під час пологів із не встановленим ВІЛ-статусом, їй проводять обстеження на ВІЛ-інфекцію методом експрес-тестування (двома або одним швидким тестом), відповідно до Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію, затвердженим наказом МОЗ України від 21.12.2010 р. №1141 за алгоритмом (алгоритм 4.1).

Показання для обстеження вагітних на ВІЛ за допомогою швидких тестів у пологовому стаціонарі:

- вагітні, які не перебували під наглядом під час вагітності та не були обстежені на ВІЛ-інфекцію;
- вагітні, які не були обстежені в третьому триместрі вагітності;
- вагітні, у яких відсутні дані про результати тестування на ВІЛ-інфекцію;
- вагітні з груп ризику (активні споживачі ін'єкційних наркотиків);
- вагітні з дискордантної пари.

5. При першому обстеженні вагітної на ВІЛ-інфекцію, для уникнення випадків інфікування під час вагітності жінок із дискордантних пар, пропонується (за згодою) тестування на ВІЛ чоловіка (партнера). У разі наявності серодискордантної пари (ВІЛ-негативна вагітна жінка, ВІЛ-позитивний партнер) пропонувати уникати незахищені статеві контакти та небезпечну сексуальну поведінку, обстеження ІФА на ВІЛ в кожному триместрі вагітності та експрес-тестування в пологах (швидкий тест).

Тестування на ВІЛ вагітних (2)
Проект уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) МД «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»

Вагітні, які були не перебували на обліку по вагітності у допологовому періоді

У разі звернення вагітної до пологового стаціонару під час пологів з не встановленим ВІЛ-статусом, її обстежують на ВІЛ методом експрес-тестування (двома або одним ШТ), відповідно до Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію, затвердженим Наказом МОЗ України від 21.12.2010 № 1141.

Показання для обстеження вагітних на ВІЛ за допомогою ШТ у пологовому стаціонарі:

- вагітні, які не перебували під наглядом під час вагітності та не були обстежені на ВІЛ;
- вагітні, які не були обстежені в третьому триместрі вагітності;
- вагітні, у яких відсутні дані про результати тестування на ВІЛ;
- вагітні з груп ризику (активні споживачі ін'єкційних наркотиків);
- вагітні з дискордантної пари.

При першому обстеженні вагітної на ВІЛ, для уникнення випадків інфікування під час вагітності жінок з дискордантних пар, пропонується (за згодою) тестування на ВІЛ чоловіка (партнера). У разі наявності серодискордантної пари (ВІЛ (-) вагітна, ВІЛ(+) партнер) – пропонувати уникнення незахищених статевих контактів та небезпечної сексуальної поведінки, обстеження ІФА на ВІЛ в кожному триместрі вагітності та експрес-тестування в пологах (ШТ).

Слайд №21 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Обстеження вагітної для визначення стадії ВІЛ-інфекції, стану її здоров'я, перебігу вагітності та стану плода, вибору схеми АРВ терапії для профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції буде сприяти зниженню частоти ППМД. Для цього ВІЛ-інфіковану вагітну необхідно скерувати на вторинний рівень організації медичної допомоги.

Завдання ЛЗП/СЛ:

1. З'ясувати можливості та зручний час для вагітної звернення до ЗОЗ, що надають вторинну МД.
2. Поінформувати вагітну про необхідність спостереження за перебігом вагітності у лікаря акушера-гінеколога.
3. Видати направлення до лікаря акушера-гінеколога ЗОЗ, що надає вторинну МД, для спостереження за вагітністю із детальною випискою про обстеження пацієнтки для подальшого спостереження за вагітністю із детальною випискою про обстеження пацієнтки.

4. ЛЗП/СЛ протягом 7 днів (після звернення вагітної) здійснює активний патронаж вагітної вдома для з'ясування ситуації щодо виконання пацієнткою його призначень.



Слайд №22 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Безперервна медична допомога ВІЛ-інфікованій вагітній, оцінка прихильності до прийому антиретровірусної терапії є ефективним засобом ППМД, тому важливою функцією сімейного лікаря є контроль за виконанням призначень лікаря акушера-гінеколога та спеціаліста центру профілактики та боротьби зі СНІДом таким чином:

1. ЛЗП/СЛ через 14 днів після направлення пацієнтки до лікаря акушера-гінеколога ЗОЗ вторинного рівня здійснює активний патронаж ВІЛ-інфікованої вагітної вдома з метою контролю виконання нею призначень спеціалістів ЗОЗ, що надають вторинну та третинну МД.

2. Лікар, у разі невиконання пацієнткою призначень, пояснює їх важливість для здоров'я як для самої вагітної, так і для майбутньої дитини, а також пояснює, що відповідно до чинного законодавства відповідальність за свій стан здоров'я та стан майбутньої дитини у разі невиконання призначень належить жінці (ст. 34 Основ законодавства про охорону здоров'я).

3. У разі необхідності ЛЗП/СЛ залучає соціального працівника у відповідності до вимог Наказу МОЗ України від 15.07.2011 р. №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги» (за згодою пацієнта).

4. Здійснювати контроль прихильності та прийому АРВ препаратів та інших призначень спеціалістів вищого рівня організації медичної допомоги, яка призначається з 14 тижнів вагітності.

Контроль виконання призначень лікаря акушера-гінеколога та спеціаліста центру профілактики та боротьби зі СНІДом

1. ЛЗП-СЛ через 14 днів після направлення пацієнтки до лікаря акушера-гінеколога ЗОЗ вторинного рівня здійснює активний патронаж ВІЛ-інфікованої вагітної вдома з метою контролю виконання нею призначень спеціалістів ЗОЗ, що надають вторинну та третинну МД.
2. У разі невиконання пацієнткою призначень лікар пояснює важливість їх для здоров'я, як для самої вагітної, так і для майбутньої дитини, а також пояснює, що відповідно до чинного законодавства відповідальність за свій стан здоров'я та стан майбутньої дитини у разі невиконання призначень належить жінці (ст. 34 Основ законодавства про охорону здоров'я).
3. У разі необхідності ЛЗП-СЛ залучає соціального працівника у відповідності до вимог Наказу МОЗ України від 15.07.2011 р. №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги» (за згодою).
4. Здійснювати контроль прихильності та прийому АРВ препаратів та інших призначень спеціалістів вищого рівня організації медичної допомоги, яка призначається з 14 тижнів вагітності.

Слайд №23 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

На сьогодні новим викликом сучасності для України стало народження дітей у дискордантних сімейних пар, у яких один із членів подружжя є ВІЛ-інфікованим, а інший ВІЛ-негативним. За даними ВООЗ, кількість дискордантних подружніх пар складає біля 50% усіх ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Своєчасне виявлення дискордантних сімейних пар, забезпечення їх інформацією щодо безпечної статевої поведінки та можливості застосування допоміжних репродуктивних технологій сприятиме профілактиці ВІЛ-інфекції у неінфікованого статевого партнера та новонародженої дитини.

Новий виклик для України – народження дітей у дискордантних пар – один ВІЛ «+», а інший ВІЛ «-».

За даними ВООЗ, кількість дискордантних пар – близько 50% усіх ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Своєчасне виявлення дискордантних пар, забезпечення їх інформацією щодо безпечної статевої поведінки та можливості застосування допоміжних репродуктивних технологій, сприятиме профілактиці ВІЛ-інфекції у неінфікованого статевого партнера та новонародженої дитини.

Слайд №24 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Організація медичної допомоги ЛЗП/СЛ дискордантним парам, які планують народжувати дитину, полягає у скеруванні подружньої дискордантної пари до спеціаліста з репродуктології, ПС. Для ВІЛ-негативного партнера рекомендується провести постконтактну профілактику, яка не протипоказана у разі настання вагітності.

Організація медичної допомоги дискордантним парам, які планують народжувати дитину

ЛЗП-СЛ здійснюється скерування подружньої дискордантної пари до спеціаліста з репродуктології, ПС

Для ВІЛ-неінфікованого партнера рекомендується провести постконтактну профілактику

Постконтактна профілактика не протипоказана у разі настання вагітності

Слайд №25 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Таким чином, організація системи ППМД ґрунтується на міжсекторальному підході. Міжгалузєва взаємодія визначена на всіх рівнях медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним та їх народженим дітям, що дозволяє говорити про вискоефективну взаємодію у питаннях ППМД.

2. Обговорення «Права ВІЛ-інфікованої вагітної» (10 хв.)

Тренер проводить обговорення попереднього матеріалу у контексті прав ВІЛ-інфікованої вагітної стосовно тестування, АРВ-профілактики, грудного вигодовування, діагностики ВІЛ-інфекції у дитини.

Після цього тренер запитує, чи залишилися аспекти теми, які є незрозумілими. Тренер цікавиться в учасників, хто та як планує вирішувати проблеми, які виникають у практичній діяльності з ВІЛ-інфікованими вагітними. На цьому етапі варто обговорити перешкоди та труднощі, які виникають під час діяльності лікаря загальної практики /сімейного лікаря у профілактиці ППМД.

До уваги тренера!

Важливо, щоб учасники зрозуміли, що їх завданням має бути толерантне ставлення до ВІЛ-інфікованих вагітних, недопущення прояву дискримінації або стигматизації.

3. Рольова гра «Права ВІЛ-інфікованого пацієнта». Робота в малих групах (25 хв.)

Тренер об'єднує учасників у 3 групи. Кожній групі пропонується ситуаційна задача, за якою група має розіграти рольову гру щодо дотримання прав ВІЛ-інфікованого пацієнта у конкретній ситуації з використанням вимог нормативно-правових актів.

Час для підготовки – 10 хв.

Після того, як час на підготовку вийшов, відбувається презентація та обговорення у загальній групі.

Інші учасники у своїх групах проводять оцінку презентації.

Орієнтовні ситуаційні задачі:

- ЛЗП /СЛ зустрів на вулиці, закріпленої за ним територіальної ділянки, вагітну жінку, яка до нього не зверталася за медичною допомогою. Дії лікаря у частині профілактики ВІЛ-інфекції (під час зустрічі, до пологів, після пологів).
- Вагітна жінка, яка виявлена як ВІЛ-позитивна за результатами другого тестування, відмовляється від прийому АРТ та повідомлення про ВІЛ-статус своєму чоловікові. ЛЗП/СЛ проводить їй консультацію з метою мотивації до прийому АРТ та інформує жінку про її права й обов'язки.
- ЛЗП/СЛ отримав позитивний результат ШТ у молодій вагітній жінки віком 27 років. Дії лікаря у частині профілактики ВІЛ-інфекції.

До уваги тренера!

Тренер самостійно заздалегідь готує ситуаційні задачі.

Після презентацій тренер проводить обговорення результатів у загальній групі, пропонує всім учасникам визначити, які засади дотримання прав ВІЛ-інфікованого пацієнта використовувались у презентації.

Наприкінці тренер ставить учасникам запитання: «Які ще можливості можна було б застосувати у цій ситуації?».

Після всіх презентацій тренер підсумовує матеріал.

4. Мозковий штурм «Чинники негативного впливу на ефективність ППМД» (20 хв.)

Працюючи у великій групі, тренер просить її учасників з'ясувати основні перешкоди, які заважають досягти світового рівня частки передачі ВІЛ від матері до дитини – 0–1%.

Названі перешкоди тренер фіксує на фліпчарті, після чого розробляє та обговорює заходи подолання кожної із означених перешкод у відповідності вимог нормативних документів (це можна зробити за допомогою роботи у малих групах, кожна з яким опрацьовує одну або декілька із названих перешкод).

На наступному етапі тренер звертається до учасників із запитанням: «Якими можуть бути причини того, що буває важко контактувати з членами сім'ї ВІЛ-інфікованої вагітної?». Учасники називають, а тренер фіксує всі їх вислови на фліпчарті.

До уваги тренера!

Тренер пояснює учасникам, що роль ЛЗП/СЛ є надважливою в організації своєчасного виявлення ВІЛ-інфікованих вагітних та організації ППМД.

Тренер акцентує увагу учасників на тому, що роль ЛЗП/СЛ є надважливою у налагодженні повного контакту із вагітною та членами її сім'ї, що буде сприяти ефективності ППМД.

5. Інформаційне повідомлення «Проблеми організації реалізації репродуктивної функції ВІЛ-інфікованими пацієнтами». Обговорення (10 хв.)

Тренер просить учасників назвати основні проблеми реалізації репродуктивної функції ВІЛ-інфікованими пацієнтами та фіксує назване на аркуші фліпчарту.

На наступному етапі тренер презентує учасникам слайд №26 презентації та аналізує нормативні документи, які унормовують допоміжні репродуктивні технології в Україні.



Слайд №26 презентації «Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини»

Після короткої презентації тренер пропонує учасникам назвати алгоритм підготовки дискордантних пар до допоміжних репродуктивних технологій, фіксує його на аркуші фліпчарту та обговорює основні завдання ЛЗП/СЛ у реалізації репродуктивного права дискордантними парами в Україні.

6. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Наприкінці тренер акцентує увагу на тому, що з метою прискорення темпів елімінації випадків ВІЛ-інфікування дітей від матері, важливим у діяльності ЛЗП/СЛ є своєчасне виявлення ВІЛ-інфекції у вагітних, проведення АРТ у вагітних та АРВ-профілактики у новонародженого.

Тренер особливо наголошує на важливості контролю прихильності ВІЛ-інфікованої вагітної до АРТ та АРВ-профілактики у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, що майже у 100% забезпечує попередження випадків перинатальної ВІЛ-інфекції.

Контрольні запитання

- Назвіть вплив ВІЛ-інфекції у жінок на частоту передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.
- Що таке показник передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини?
- Назвіть ризики та шляхи передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.
- Які рекомендації ВООЗ щодо ефективних компонентів ППМД?
- Якими нормативними документами регулюється ППМД?
- Назвіть роль ЛЗП/СЛ у первинній профілактиці ВІЛ-інфекції у жінок.
- Назвіть роль ЛЗП/СЛ в організації планування сім'ї для ВІЛ-інфікованих жінок.
- Назвіть маршрут ВІЛ-інфікованої вагітної.
- Назвіть основні критерії до тестування на ВІЛ вагітних.
- Назвіть основні організаційні заходи щодо профілактики ВІЛ-інфекції у дискордантних парах.

Література

1. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
2. Наказ МОЗ України від 23.11.2007 р. №740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».
3. Наказ МОЗ України від 14.11.2007 р. №716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини».
4. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини: клін. посіб. / за ред. Н. Г. Гойди, Н. Я. Жилки. – К., 2008. – 222 с.
5. Неонатологія з позиції сімейного лікаря : навч.-метод. посіб. / Г. О. Слабкий, Т. К. Знаменська, В. Г. Бідний [та ін.]; МОЗ України, Центр. метод. кабінет з вищої мед. освіти, ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», ДУ «Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології АМН України». – К., 2009. – 435 с.

6. Планування сім'ї : навч. посіб. / за ред. Н. Я. Жилки, І. Б. Вовк. – К., 2009. – 296 с.
7. Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ : навч. посіб. / за ред. Н. Я. Жилки. – К., 2008. – 252 с.
8. Адамова Г.М. Сучасні аспекти планування сім'ї : навч. посіб. / Г. Адамова, О. Бондаренко, Н. Гойда та ін. – К., 2012. – 320 с.
9. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини. Колектив авторів. Клінічна настанова. – К., 2014. – 188 с.
10. Проект уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини». – 2015.

ТЕМА 4.2. МЕДИЧНИЙ ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ, ЯКІ НАРОДЖЕНІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ МАТЕРЯМИ (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання

1. Розповісти про післяконтактну профілактику дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю.
2. Розглянути моніторинг прихильності ВІЛ-інфікованої матері до прийому дитиною АРВ-препаратів.
3. Ознайомити з особливостями консультування ВІЛ-інфікованої матері щодо прихильності до тривалого профілактичного прийому АРВ-препаратів дитиною.
4. Розглянути моніторинг побічних ефектів АРВ-препаратів.
5. Проінформувати про безпечне вигодовування новонародженої дитини.
6. Ознайомити з критеріями ВООЗ щодо безпечного вигодовування новонародженої дитини.
7. Подати інформацію щодо ведення дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю.
8. Ознайомити з правилами імунізації дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - порядок організації медичної допомоги дітям, народженими ВІЛ-інфікованими матерями;
 - важливість та методи формування прихильності ВІЛ-інфікованої матері у ППМД;
 - побічні ефекти АРВ-терапії та заходи щодо їх елімінації;
 - принципи вигодовування дітей, народженими ВІЛ-інфікованими матерями;
 - профілактику пневмоцистної пневмонії;
 - порядок імунізації дітей, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю;
 - порядок виключення діагнозу ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - інтерпретувати дані ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю;
 - призначати та здійснювати імунопрофілактику дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями;
 - проводити профілактику опортуністичних інфекцій у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»	35 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 4.2 «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями», додаток 1 до Теми 4.2 за кількістю учасників
2.	Обговорення «Організація медичної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями»	20 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 4.2 «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»
3.	Робота в малих групах «Ведення дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю»	30 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери
4.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Інформаційне повідомлення «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями» (35 хв.)



Слайд №2 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

Організація медичної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, є четвертим компонентом ефективної ППМД, визначеної ВООЗ. Профілактика та медична допомога забезпечується у відповідності Конвенції ООН про права дитини (1991 р.), ратифікованої Україною у 1989 р.

Організація медичної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, розглядається у відповідності до Клінічної настанови «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та проекту уніфікованого клінічного протоколу «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини».

Усім новонародженим післяконтактна АРВ-профілактика рекомендується протягом 4 тижнів (особливо, в перші 4 години життя). Запас ліків на весь період АРВ-профілактики видається у пологовому відділенні.

Алгоритм післяконтактної АРВ-профілактики у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями:

Моніторинг і підтримка прихильності до післяконтактної АРВ-профілактики, включає:

- суворе дотримання режиму АРВ-профілактики;
- прихильність до прийому ліків є найважливішою умовою ефективності пригнічення реплікації ВІЛ-інфекції, що забезпечує постійну концентрацію АРВ-препаратів в крові;
- усі АРВ-препарати дають дитині щодня у повному обсязі, без пропусків та запізнь і в означений лікарем час;
- перевірити наявність письмових рекомендацій із прийому АРВ-препаратів дитиною;
- контролювати володіння батьками (опікунами) навичок відмірювання та прийомом дитиною АРВ-препаратів;
- обговорювати та допомагати у вирішенні труднощів, які можуть виникати або виникають при прийомі дитиною АРВ-препаратів.

Моніторинг та підтримка прихильності до післяконтактної АРВ-профілактики

- Необхідно суворо дотримуватись режиму АРВ-профілактики.
- Прихильність до прийому ліків є найважливішою умовою ефективності пригнічення реплікації ВІЛ, яке забезпечує постійну концентрацію АРВ-препаратів в крові.
- Усі АРВ-препарати дають дитині щоденно у повному обсязі, без пропусків та запізнь та в означений лікарем час.
- Перевірити наявність письмових рекомендацій із прийому АРВ-препаратів дитиною.
- Контролювати володіння батьками (опікунами) навичок відмірювання та прийомом дитиною АРВ-препаратів.
- Обговорювати та допомагати у вирішенні труднощів, які можуть виникати, або виникають, при прийомі дитиною АРВ-препаратів.

Слайд №3 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

Для формування та підтримки високого рівня прихильності до прийому АРВ-препаратів дуже важливою є поінформованість батьків (опікунів) щодо цілей післяконтактної профілактики та встановлення партнерських стосунків між ними та медичними працівниками.

Для формування і підтримки високого рівня прихильності до прийому АРВ-препаратів у дитини, важливою є:

- поінформованість батьків/опікунів щодо цілей ПКП;
- встановлення партнерських стосунків між батьками та медичними працівниками.

Слайд №4 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

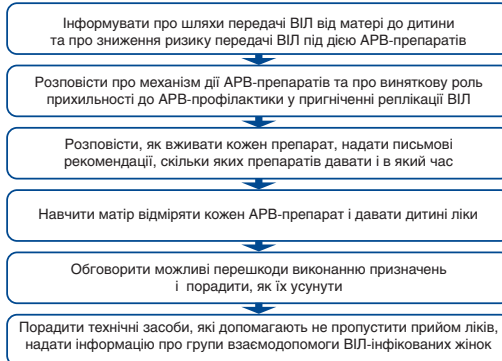
Необхідно провести консультування із питань прихильності до тривалого профілактичного прийому АРВ-препаратів дитиною та отримати поінформовану згоду її батьків (опікунів).

Алгоритм консультування ВІЛ-інфікованої матері щодо прихильності до тривалого профілактичного прийому АРВ-препаратів дитиною:

- інформувати про шляхи передачі ВІЛ від матері до дитини та про зниження ризику передачі ВІЛ під дією АРВ-препаратів;
- розповісти про механізм дії АРВ-препаратів і про виняткову роль прихильності до АРВ-профілактики у пригніченні реплікації ВІЛ-інфекції;
- розповісти, як приймати кожен препарат, надати письмові рекомендації, скільки яких препаратів давати і в який час;
- навчити матір відміряти кожен АРВ-препарат і давати дитині ліки;
- обговорити можливі перешкоди виконанню призначень і порадити, як їх усунути.

Порадити технічні засоби, які допомагають не пропускати прийом ліків, проінформувати про групи взаємодопомоги ВІЛ-інфікованим жінкам.

Моніторинг та підтримка прихильності до післяконтактної АРВ-профілактики



Слайд №5 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

Моніторинг побічних ефектів АРВ-препаратів покрово

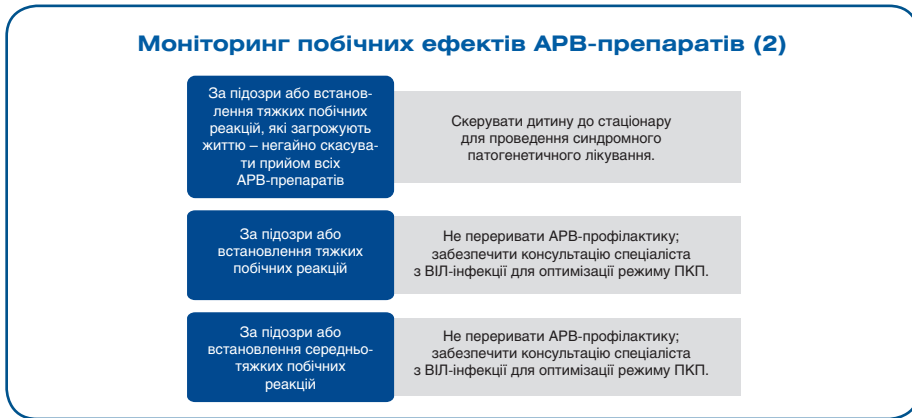
- Дослідження загального аналізу крові дитині після народження вважається доцільним за умови клінічних показань.
- Рішення про терміни подальшого контролю гематологічних параметрів залежить від вихідних результатів загального аналізу крові, гестаційного віку при народженні, клінічного стану немовляти, схеми АРВ-профілактики у матері та дитини.
- Якщо у дитини, яка отримує після контактну АРВ-профілактику, виявлено гематологічні порушення, то рішення щодо продовження АРВ-профілактики, приймається індивідуально.
- Повторна перевірка гемоглобіну і кількості нейтрофілів, метою моніторингу побічних явищ AZT у дитини, рекомендується через 4 тижні після початку АРВ-профілактики.



Слайд №6 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

- За умови клінічних показань при призначенні NVP новонародженій дитині визначається функція печінки.
- Призначити (рекомендувати) за клінічними показаннями дослідження гематологічних показників: після народження (за клінічними показаннями); через 4 тижні АРВ-профілактики (частіше – за клінічними показаннями); при виявленні у дитини, яка отримує післяконтактну профілактику, побічної дії АРВ-препаратів (анемія, або нейтропенія, судоми при прийомі AZT; жовтяниця, гепатит – при прийомі NVP) оцінити їх тяжкість.
- За підозри чи встановлення тяжких побічних реакцій, які загрожують життю: негайно скасувати прийом всіх АРВ-препаратів; скерувати дитину до стаціонару для проведення синдромного патогенетичного лікування;
- За підозри чи встановлення тяжких побічних реакцій: не переривати АРВ-профілактику; забезпечити консультацію спеціаліста з ВІЛ-інфекції для оптимізації режиму післяконтактної профілактики.

- За підозри чи встановлення середньотяжких побічних реакцій: не переривати АРВ-профілактику; забезпечити консультацію спеціаліста з ВІЛ-інфекції для оптимізації режиму післяконтактної профілактики.



Слайд №7 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

Забезпечення безпечного вигодовування новонародженої дитини

Штучне вигодовування потрібно рекомендувати всім дітям, які народжені від ВІЛ-інфікованих жінок. Відмова від грудного вигодовування повністю ліквідує ризик постнатальної передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.



Слайд №8 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

За відповідних критеріїв, всім дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, слід рекомендувати виключно штучне вигодовування, починаючи з народження:

- **Прийнятність** для матері та людей з її близького оточення – не існує жодних перешкод до штучного вигодовування дитини, пов'язаних із культурними традиціями чи соціальними умовами, або викликаних страхом стигматизації чи дискримінації.

- **Доступність** якісних адаптованих замінників грудного молока.
- **Фінансова доступність** – мати (і її сім'я) за підтримки громадських організацій чи системи охорони здоров'я здатні оплачувати витрати, пов'язані з покупкою, приготуванням і використанням замінників грудного молока, а також усі інші витрати, пов'язані зі штучним вигодовуванням (паливо, чиста вода, мило, інші приналежності), не завдаючи шкоди здоров'ю і харчуванню сім'ї.
- **Здійсненість** – у матері (у її родині) достатньо часу, знань, навичок та інших умов для приготування молочної суміші та годування дитини до 12 разів на добу.
- **Стабільність** – постійне, безперервне постачання і надійна система розподілу всіх інгредієнтів та продуктів, необхідних для штучного вигодовування, які повинні бути доступні протягом усього часу, поки дитина їх потребує (до 1 року і більш).
- **Безпека** – суміш для штучного харчування готується правильно з дотриманням гігієнічних норм і правильно зберігається; дитина отримує її в достатніх кількостях із дотриманням гігієнічних вимог (миття рук, чиста пляшка або, що краще, чашка).

Критерії ВООЗ, за якими всім дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, слід рекомендувати виключно штучне вигодовування з народження

Прийнятність	Для матері та людей з її близького оточення – не існує жодних перешкод до штучного вигодовування дитини, пов'язаних з культурними традиціями чи соціальними умовами, або викликаних страхом стигматизації чи дискримінації.
Доступність	До якісних адаптованих замінників грудного молока.
Фінансова доступність	Мати (і її сім'я) за підтримки громадських організацій чи системи охорони здоров'я здатні оплачувати витрати, пов'язані з покупкою, приготуванням і використанням замінників грудного молока, а також усі інші витрати, пов'язані зі штучним вигодовуванням (паливо, чиста вода, мило, інші приналежності), не завдаючи шкоди здоров'ю і харчуванню сім'ї.
Здійсненість	У матері (у її родині) достатньо часу, знань, навичок та інших умов для приготування молочної суміші та годування дитини до 12 разів на добу.
Стабільність	Постійне, безперервне постачання і надійна система розподілу всіх інгредієнтів і продуктів, необхідних для штучного вигодовування; вони повинні бути доступні протягом усього часу, поки дитина їх потребує (до 1 року і більше).
Безпека	Суміш для штучного харчування готується правильно із дотриманням гігієнічних норм і правильно зберігається; дитина отримує її в достатніх кількостях із дотриманням гігієнічних вимог (миття рук і чиста пляшка, або, що краще, чашка).

Слайд №9 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

Завданнями ЛЗП/СЛ щодо забезпечення штучного вигодовування дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю є:

- консультувати ВІЛ-інфіковану матір із питань безпечного вигодовування дитини та контролювати правильність і безпечність штучного вигодовування дитини;
- інформувати ВІЛ-інфіковану матір про порядок безкоштовного забезпечення її дитини адаптованими молочними сумішами, прийнятого у регіоні;
- контролювати отримання родиною та цільове використання адаптованих молочних сумішей для штучного вигодовування дитини.

Завдання ЛЗП/СЛ щодо забезпечення штучного вигодовування дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю:

- консультувати ВІЛ-інфіковану матір з питань безпечного вигодовування дитини та контролювати правильність та безпечність штучного вигодовування дитини;
- інформувати ВІЛ-інфіковану матір про порядок безкоштовного забезпечення її дитини адаптованими молочними сумішами, прийнятій у регіоні;
- контролювати отримання родиною та цільове використання адаптованих молочних сумішей для штучного вигодовування дитини.

Слайд №10 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

У виключних випадках, за умови ефективної АРТ у матері, її високої прихильності до лікування, усвідомлення ризиків грудного вигодовування та поінформованого вибору природнього вигодування своїй дитині, можна не наполягати на штучному вигодовуванні дитини. За умови грудного вигодовування у перші 6 міс. останнє має відповідати принципу виключної ексклюзивності. Якщо матір вигодовує дитину природнім способом, вона повинна приймати АРТ весь період грудного вигодовування, у той же час, продовжувати більше 4-х тижнів післяконтрактну АРВ-профілактику дітям не рекомендовано.

Рання діагностика ВІЛ-інфекції вірусологічними методами

Рання діагностика ВІЛ-інфекції здійснюється вірусологічними методами:

- дослідження генетичного матеріалу ВІЛ-інфекції або ультрачутливі методи визначення антигену р24 з дисоціацією імунних комплексів у цільній крові чи в сухій краплі крові.

Рання діагностика ВІЛ-інфекції вірусологічними методами

Рання діагностика ВІЛ-інфекції здійснюється вірусологічними методами:

- дослідження генетичного матеріалу ВІЛ або
- ультрачутливі методи визначення антигену р24 з дисоціацією імунних комплексів у цільній крові або в сухій краплі крові.

Слайд №11 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

Тренер роздає учасникам Додаток 1 до Теми 4.2 та коментує інформацію на ньому, одночасно демонструючи слайд №12 із таблицею на екрані.

Схема ведення дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю

Дитина, народжена ВІЛ-інфікованою матір'ю або в крові новонародженої дитини є антитіла до ВІЛ (шифр за МКХ-10 R75)		
Вік дитини	Призначити	Скасувати
1 доба	AZT або AZT + 3TC + NVP; загальний аналіз крові (за клінічними показаннями); вакцинація за діючим Календарем профілактичних щеплень	
2–3 доби	ПЛР ДНК ВІЛ* для виявлення антенатального інфікування ВІЛ (за можливості)	
14 діб		NVP (якщо був призначений)
28 діб	загальний аналіз крові (за клінічними показаннями) котримоксазол (ТМП /СМК) для профілактики пневмоцистної пневмонії	AZT або AZT + 3TC
4–6 тижнів	ПЛР ДНК ВІЛ*	
3–4 місяці	ПЛР ДНК ВІЛ*	
Дитина, ймовірно, не інфікована ВІЛ, якщо отримано 2 або більше негативних результати вірусологічних тестів: 1 тест не раніше, ніж через 2 тижні після закінчення АРВ-профілактики, 2 тест – у віці після 3 міс. (шифр за МКХ-10 Z20.6) та дитина перебуває на штучному вигодовуванні більше 6 тижнів до 1-го негативного результату ПЛР, а також відсутні будь-які клінічні або лабораторні ознаки ВІЛ-інфекції.		
	вакцинація за діючим Календарем профілактичних щеплень	ТМП/СМК
18 місяців	ІФА на антитіла до ВІЛ	
Дитини не інфікована ВІЛ, якщо: отримано негативний результат тесту на антитіл до ВІЛ у сироватці крові методом ІФА, дитина перебуває на штучному вигодовуванні більше 6 міс. до отримання негативного результату ІФА, а також відсутні будь-які клінічні або лабораторні ознаки ВІЛ-інфекції.		
		Зняти з диспансерного обліку (скасувати Z 20.6)
<small>Примітка: * Якщо виявлено позитивний результат або клінічні/лабораторні ознаки ВІЛ-інфекції, або антитіла до ВІЛ у віці 18 місяців і старше – подальше ведення здійснюється у відповідності вимог УКТМД дітям «ВІЛ-інфекція».</small>		

Слайд №12 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

Імунізація дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями

Планова імунізація здійснюється згідно з Календарем профілактичних щеплень, затверджених наказом МОЗ України від 11.08.2014 р. №551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні», зареєстрованим Міністерством юстиції України №1237/26014 від 13.10.2014 р.

Імунізація дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями

Планова імунізація здійснюється згідно з Календарем профілактичних щеплень, затверджених наказом МОЗ України від 11.08.2014 р. № 551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні», зареєстрованим Міністерством юстиції України від 13.10.2014 р. №1237/26014.

Слайд №13 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

Профілактика пневмоцистної пневмонії

Первинна профілактика пневмоцистної пневмонії є важливою складовою супроводу дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, з невизначеним ВІЛ-статусом у віці від 4–6 тижнів до 12 міс. життя. Препаратом вибору для профілактики пневмоцистної пневмонії є котримоксазол (далі по тексті – ТМП/СК).

Первинна профілактика пневмоцистної пневмонії: призначається у віці 4 – 6 тижнів, скасовується, якщо у дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю, отримано 2 негативних результати вірусологічних тестів (один негативний результат у віці після 1 міс., другий негативний результат у віці після 3 міс.), вона не була на грудному вигодовуванні щонайменше 6 тижнів до першого негативного результату та в неї немає клінічних проявів ВІЛ-інфекції.

Профілактика пневмоцистної пневмонії

Рекомендована доза для прийому 1 раз на добу з урахуванням віку та маси тіла	Суспензія або сироп (в 5 мл 40/200 мг)	Дитяча таблетка (20/100 мг)	Звичайна таблетка для дорослих (80/400 мг)	Подвійна таблетка для дорослих (160/800 мг)
До 6 міс. (до 5 кг) 20/100 мг	2,5 мл	1 таблетка	¼ таблетки, можна змішувати з їжею	-
6 міс. – 5 років (5–15 кг) 40/200 мг	5 мл	2 таблетки	½ таблетки	-

Слайд №14 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

Виключення діагнозу ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями

Виключення діагнозу ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, на штучному вигодовуванні здійснюється на підставі негативного результату визначення антитіл до ВІЛ-інфекції у сироватці крові методом ІФА за умови відсутності будь-яких клінічних чи лабораторних ознак ВІЛ-інфекції.

Виключення діагнозу ВІЛ-інфекції у дітей на штучному вигодовуванні, народжених ВІЛ-інфікованими матерями

Здійснюється на підставі негативного результату визначення антитіл до ВІЛ у сироватці крові методом ІФА за умови відсутності будь-яких клінічних чи лабораторних ознак ВІЛ-інфекції.

Слайд №15 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

Для остаточного виключення діагнозу ВІЛ-інфекції й зняття з обліку, як дитину з перинатальним контактом із ВІЛ (Z20.6), обстеження на антитіла до ВІЛ-інфекції методом ІФА здійснюються у віці 18–19 міс. за таким алгоритмом:

1. Провести дотестове консультування матері:
 - розповісти матері про ризик передачі ВІЛ дитині під час вагітності та в пологах, проінформувати матір про мету тестування дитини і метод, яким воно проводиться;
 - проінформувати про добровільність і безкоштовність тестування, про конфіденційність даних його проведення і результату;
 - проінформувати про можливі результати тестування і наслідки (позитивний результат – необхідно негайно розпочати АРТ дитині та ще раз здійснити забір зразка крові на аналіз, негативний результат – забір другого зразка крові на аналіз і продовжити нагляд за дитиною).
 - проінформувати про порядок отримання результату тесту на ВІЛ: де, хто, коли повідомить результат; мотивувати матір своєчасно звернутися за результатом.
 - надати матері психологічну підтримку та отримати її письмову інформовану згоду на тестування дитини на ДНК ВІЛ-інфекції методом ПЛР.
2. Отримати письмову інформовану згоду матері на проведення тесту на ВІЛ-інфекцію.
3. Здійснити забір зразка крові дитини та забезпечити його транспортування до лабораторії.
4. Після отримання результату, оцінити його та провести післятестове консультування.
5. При отриманні негативного результату на антитіла до ВІЛ-інфекції, за умови, що дитина на штучному вигодовуванні вже більше 6 міс. та в неї відсутні будь-які клінічні або лабораторні ознаки ВІЛ-інфекції, діагноз ВІЛ-інфекції виключається остаточно, а шифр Z20.6 скасовують.

Виключення діагнозу ВІЛ-інфекції та зняття з обліку, як дитини з перинатальним контактом із ВІЛ (Z20.6), здійснюється у віці 18–19 міс. методом ІФА

1. Провести дотестове консультування матері:

- Розповісти матері про ризик передачі ВІЛ дитині під час вагітності та в пологах, інформувати матір про мету тестування дитини і метод, яким воно проводиться.
- Інформувати про добровільність і безкоштовність тестування, про конфіденційність даних його проведення і результату.
- Інформувати про можливі результати тестування і наслідки (позитивний результат – необхідно негайно розпочати АРТ дитині та ще раз здійснити забір зразка крові на аналіз, негативний результат – забір другого зразка крові на аналіз і продовжити нагляд за дитиною).
- Інформувати про порядок отримання результату тесту на ВІЛ: де, хто, коли повідомить результат; мотивувати матір своєчасно звернутися за результатом.
- Надати матері психологічну підтримку та отримати її письмову інформовану згоду на тестування дитини на ДНК ВІЛ методом ПЛР.

2. Отримати письмову інформовану згоду матері на проведення тесту на ВІЛ.

3. Здійснити забір зразка крові дитини та забезпечити його транспортування до лабораторії.

4. Після отримання результату, оцінити його та провести післятестове консультування.

5. При отриманні негативного результату на антитіла до ВІЛ, за умови, що дитина на штучному вигодовуванні вже більше 6 міс. та в неї відсутні будь-які клінічні або лабораторні ознаки ВІЛ-інфекції, діагноз ВІЛ-інфекції виключається остаточно, а шифр Z20.6 скасовують.

Слайд №16 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

2. Обговорення «Організація медичної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями» (20 хв.)

Тренер просить учасників звернути увагу на слайд №17 презентації «Організація медичної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями».

Працюючи у великій групі, тренер обговорює з учасниками кожен пункт Порядку.

Тренер мотивує учасників до критичного обговорення наведених складових, водночас наголошуючи та підсумовуючи на необхідності виконання цього Порядку із практичними порадами чи виробленими групою заходами.

До уваги тренера!

У ході обговорення тренер наголошує, що роль ЛЗП/СЛ в організації медичної допомоги дітям, народженими ВІЛ-інфікованими матерями, полягає у тісній співпраці з іншими спеціалістами та у чіткому дотриманні цього порядку.

Організація медичної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями

1. Організація медичної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, здійснюється за принципом «подвійного» спостереження сімейним лікарем/лікарем, педіатром центру ПМСД та спеціалістом центру профілактики та боротьби зі СНІДом вторинного або третинного рівня.
2. До остаточного встановлення ВІЛ-статусу медична допомога здійснюється у відповідності до Наказів МОЗ України від 03.08.2012 р. № 612, від 13.04.2011 р. № 204 та Клінічного протоколу медичного нагляду за здоровою дитиною віком до 3-х років (Наказ МОЗ України від 20.03.2008 р. №149).
3. Для обстеження на ВІЛ вірусологічним методом дитина скеровується до центру профілактики та боротьби зі СНІДом третинного рівня у віці 1 міс., 3 міс. та 18 міс. життя.
4. Виконання призначень спеціалістів ЗОЗ вторинного та третинного рівнів організації медичної допомоги та контроль виконання їх пацієнткою.
5. Профілактика пневмоцистної пневмонії (ПП) котримоксазолом (ТМГ/СМК) усім дітям з 4–6 тижневого віку до отримання 2 негативних результати вірусологічних тестів (один – у віці після 1 міс., другий – у віці після 3 міс.) за умови, що дитина не була на грудному вигодовуванні щонайменше 6 тижнів до першого негативного результату та відсутності клінічних проявів ВІЛ-інфекції.
6. У разі відмови матері (батьків) від проведення дитині постконтактної АРВ-профілактики, або у разі їх низької прихильності, залучається соціальний працівник у відповідності до вимог Наказу МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги», Служба у справах дітей органів місцевого самоврядування та правоохоронні органи.
7. Планова імунізація здійснюється згідно з Календарем профілактичних щеплень, затверджених Наказом МОЗ України від 11.08.2014 р. №551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні», зареєстрованим Міністерством юстиції України від 13.10.2014 р. №1237/26014.

Слайд №17 презентації «Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями»

3. Робота в малих групах «Ведення дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю» (30 хв.)

Тренер об'єднує учасників у 4 малі групи та просить їх ще раз звернути увагу на роздатковий матеріал – Дотаток 1 до Теми 4.2.

Завдання для груп:

на аркушах фліпчарту зафіксувати якомога більше перешкод до реалізації запропонованої схеми на робочому місці ЛЗП/СЛ, а також шляхи їх попередження та подолання.

Для роботи учасники мають 10 хв.

Після того, як час вийшов, групи презентують свої напрацювання та обговорюють запропоновані шляхи попередження і подолання перешкод, доповнюючи одна одну.

До уваги тренера!

Тренеру варто наголосити, що ведення дитини ЛЗП/СЛ у відповідності до наведеної схеми, сприятиме ефективності ППМД.

4. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Наприкінці тренер акцентує увагу на важливості забезпечення ЛЗП/СЛ продовження післяконтактної профілактики дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю, контролю прихильності ВІЛ-інфікованої матері до прийому дитиною АРВ-препаратів та моніторингу побічних ефектів АРВ-препаратів.

Особливо тренер має наголосити на цінності забезпечення штучного вигодовування дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю, що є ефективним методом профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції.

Тренер також підсумовує особливості підходів до імунізації дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Контрольні запитання

- Назвіть основні принципи післяконтактної профілактики у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.
- Назвіть методи післяконтактної профілактики у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.
- Що таке моніторинг прихильності до післяконтактної АРВ-профілактики?
- Назвіть особливості консультування ВІЛ-інфікованої матері щодо прихильності до тривалого профілактичного прийому АРВ-препаратів дитиною.
- Назвіть складові моніторингу побічних ефектів АРВ-препаратів.
- За яких умов переривається післяконтактна АРВ-профілактика?
- За яких умов відміняється післяконтактна АРВ-профілактика?
- Назвіть критерії ВООЗ безпечного вигодовування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.
- Назвіть принципи вигодовування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.
- Що таке рання діагностика ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями?
- Які принципи встановлення остаточного ВІЛ-статусу у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями?
- Як проводиться профілактика пневмоцистної пневмонії?

Література

1. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
2. Наказ МОЗ України від 23.11.2007 р. №740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».
3. Наказ МОЗ України від 14.11.2007 р. №716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини».
4. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини : клін. посіб. / за ред. Н. Г. Гойди, Н. Я. Жилки.– К., 2008. – 222 с.
5. Неонатологія з позиції сімейного лікаря : навч. метод. посіб. / Г. О. Слабкий, Т. К. Знаменська, В. Г. Бідний [та ін.]; МОЗ України, Центр. метод. кабінет з вищої мед. освіти, ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», ДУ «Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології АМН України». – К., 2009. – 435 с.
6. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини. Колектив авторів. Клінічна настанова. – К., 2014. – 188 с.
7. Проект уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини». – 2015.
8. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) дітям «ВІЛ-інфекція», затверджений Наказом МОЗ України від 24.02.2015 р. №92.

Додаток 1 до Теми 4.2

СХЕМА ВЕДЕННЯ ДИТИНИ, НАРОДЖЕНОЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНОЮ МАТІР'Ю

Дитина, народжена ВІЛ-інфікованою матір'ю або в крові новонародженої дитини є антитіла до ВІЛ (шифр за МКХ-10 R75)		
Вік дитини	Призначити	Скасувати
1 доба	AZT або AZT + ЗТС + NVP; загальний аналіз крові (за клінічними показаннями); вакцинація за діючим Календарем профілактичних щеплень	
2–3 доби	ПЛР ДНК ВІЛ* для виявлення антенатального інфікування ВІЛ (за можливості)	
14 діб		NVP (якщо був призначений)
28 діб	загальний аналіз крові (за клінічними показаннями) котримоксазол (ТМП /СМК) для профілактики пневмоцистної пневмонії	AZT або AZT + ЗТС
4–6 тижнів	ПЛР ДНК ВІЛ*	
3–4 місяці	ПЛР ДНК ВІЛ*	
<p>Дитина, ймовірно, не інфікована ВІЛ, якщо отримано 2 або більше негативних результати вірусологічних тестів: 1 тест не раніше, ніж через 2 тижні після закінчення АРВ-профілактики, 2 тест – у віці після 3 міс. (шифр за МКХ-10 Z20.6) та дитина перебуває на штучному вигодовуванні більше 6 тижнів до 1-го негативного результату ПЛР, а також відсутні будь-які клінічні або лабораторні ознаки ВІЛ-інфекції.</p>		
	вакцинація за діючим Календарем профілактичних щеплень	ТМП/СМК
18 місяців	ІФА на антитіла до ВІЛ	
<p>Дитини не інфікована ВІЛ, якщо: отримано негативний результат тесту на антитіл до ВІЛ у сироватці крові методом ІФА, дитина перебуває на штучному вигодовуванні більше 6 міс. до отримання негативного результату ІФА, а також відсутні будь-які клінічні або лабораторні ознаки ВІЛ-інфекції.</p>		
		Зняти з диспансерного обліку (скасувати Z 20.6)

Примітка: * Якщо виявлено позитивний результат або клінічні/лабораторні ознаки ВІЛ-інфекції, або антитіла до ВІЛ у віці 18 місяців і старше – подальше ведення здійснюється у відповідності вимог УКПМД дітям «ВІЛ-інфекція».

ТЕМА 4.3. ДИСПАНСЕРНИЙ НАГЛЯД ЗА ВІЛ-ПОЗИТИВНИМИ ПАЦІЄНТАМИ (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання

1. Розповісти про унормованість медичного нагляду за ВІЛ-інфікованим пацієнтом.
2. Розглянути порядок встановлення діагнозу «ВІЛ-інфекція».
3. Ознайомити учасників із особливостями обстеження ВІЛ-інфікованого пацієнта.
4. Проаналізувати Порядок ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією.
5. Забезпечити інформацією щодо ведення медичної документації.
6. Ознайомити учасників з організацією медичної допомоги.
7. Розглянути перелік лабораторно-діагностичних досліджень.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - вимоги Наказу МОЗ України від 10.07.2013 р. №585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ»;
 - порядок встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції;
 - організаційні технології встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції;
 - перелік досліджень при первинному обстеженні пацієнта;
 - порядок ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією;
 - порядок зняття з обліку пацієнтів.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - здійснювати організацію медичного догляду за ВІЛ-інфікованими;
 - вести пацієнтів з опортуністичними інфекціями.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»	20 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 4.3 «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»
2.	Обговорення «Організація медичного догляду на первинному рівні»	15 хв.	
3.	Робота в малих групах «Роль ЛЗП/СЛ у забезпеченні лабораторного обстеження ВІЛ-інфікованого пацієнта»	30 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери
4.	Вправа «Ведення медичної документації»	20 хв.	
5.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Інформаційне повідомлення «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами» (20 хв.)

Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами унормовується наказом МОЗ України від 10.07.2013 р. №585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ».

Нормативне регулювання організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам

Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами унормовується Наказом МОЗ України від 10.07.2013 р. №585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ»



Слайд №2 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Порядок встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції

1. Порядок поширюється на ЗОЗ незалежно від форми власності та підпорядкування.

2. Діагноз ВІЛ-інфекції встановлюється центрами (відділеннями) з профілактики та боротьби зі СНІДом (далі по тексті – Центри (відділення) СНІДу) або ЗОЗ, в яких функціонують кабінети «Довіра», за місцем проживання людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, у разі виявлення антитіл до ВІЛ-інфекції за результатами лабораторних досліджень, даних епідеміологічного анамнезу та об'єктивного обстеження особи, яка звернулася для встановлення діагнозу.

Порядок встановлення діагнозу «ВІЛ-інфекція»

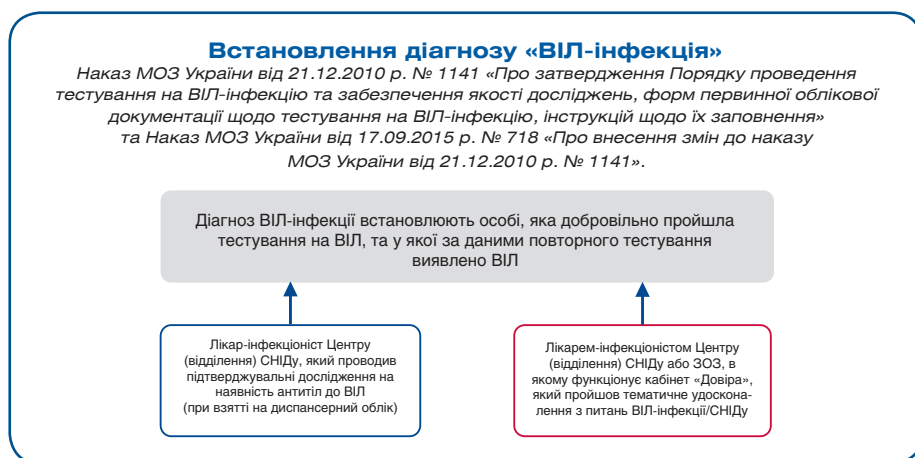
Порядок поширюється на заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування.

Діагноз «ВІЛ-інфекція» встановлюють центри (відділення) з профілактики та боротьби зі СНІДом або ЗОЗ, в яких функціонують кабінети «Довіра», за місцем проживання людей, які живуть з ВІЛ, у разі виявлення антитіл до ВІЛ за результатами лабораторних досліджень, даних епідеміологічного анамнезу та об'єктивного обстеження особи, яка звернулася для встановлення діагнозу.

Слайд №3 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Для встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції особа, яка добровільно пройшла тестування на ВІЛ в порядку, встановленому наказом МОЗ України від 21.12.2010 р. №1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення» та Наказу МОЗ України від 17.09.2015 р. №718 «Про внесення змін до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21.12.2010 р. №1141», та/або у якій за даними повторного тестування виявлено ВІЛ, звертається до лікаря-інфекціоніста Центру (відділення) СНІДу, який проводив підтверджувальні дослідження на наявність антитіл до ВІЛ (при взятті на диспансерний облік), або ЗОЗ, в якому функціонує кабінет «Довіра», за місцем проживання пацієнта.

Діагноз ВІЛ-інфекції пацієнту встановлюється лікарем-інфекціоністом Центру (відділення) СНІДу або ЗОЗ, в якому функціонує кабінет «Довіра», який пройшов тематичне удосконалення з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти, за місцем проживання пацієнта.



Слайд №4 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Організаційні технології встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції

Отримані дані та результати підтверджувального дослідження на наявність антитіл до ВІЛ-інфекції (при взятті на диспансерний облік) вносять до медичної карти амбулаторного хворого за формою первинної облікової документації №025/о «Медична карта амбулаторного хворого №__», затвердженою наказом МОЗ України від 14.02.2012 р. №110, заповнюється розділ VIII «Щоденник», де у колонці 3 зазначає діагноз ВІЛ-інфекції у пацієнта із застосуванням кодів захворювання відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб і сподіваних проблем охорони здоров'я десятого перегляду.

Пацієнт, при встановленні діагнозу ВІЛ-інфекції, зобов'язаний надати письмове підтвердження у довільній формі за власним підписом щодо отримання інформації про профілактичні заходи, які необхідні для підтримання здоров'я ВІЛ-інфікованої особи, про запобігання подальшому поширенню ВІЛ, про гарантії дотримання прав і свобод людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, а також про кримінальну відповідальність за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження та/або зараження ВІЛ-інфекцією.

Організаційні технології встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції

Отримані дані та результати підтверджувального дослідження на наявність антитіл до ВІЛ (при взятті на диспансерний облік) вносять до медичної карти амбулаторного хворого за формою первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №...»

Пацієнт при встановленні діагнозу ВІЛ-інфекції зобов'язаний надати письмове підтвердження у довільній формі за власним підписом щодо:

- отримання інформації про профілактичні заходи, необхідні для підтримання здоров'я ВІЛ-інфікованої особи;
- запобігання подальшому поширенню ВІЛ-інфекції;
- про гарантії дотримання прав і свобод людей, які живуть з ВІЛ-інфекції;
- про кримінальну відповідальність за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження та/або зараження ВІЛ-інфекції.

Слайд №5 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Для встановлення заключного (уточненого) діагнозу лікар-інфекціоніст складає план первинного обстеження пацієнта відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ від 12.07.2010 р. №551 та Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», затвердженого наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. №620.

Для встановлення заключного (уточненого) діагнозу лікар-інфекціоніст складає план первинного обстеження пацієнта відповідно до:

- Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. № 551.
- Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», затвердженого наказом МОЗ України від 04.09.2014 р. №620).

Слайд №6 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Первинне обстеження пацієнта обов'язково повинно включати:

- опитування скарг і збір анамнезу (у тому числі анамнезу захворювання та життя, застосування лікарських засобів; соціального анамнезу тощо);
- об'єктивне (фізикальне) обстеження;
- лабораторне обстеження;
- інструментальне обстеження (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та нирок, рентгенографія органів грудної порожнини, якщо не проводилася за останні 12 міс. чи за клінічними показаннями);
- консультації інших спеціалістів (за медичними показаннями): офтальмолог, невропатолог, гінеколог – для жінок;
- оцінку поінформованості та рівня знань пацієнта щодо ВІЛ-інфекції зі зверненням його уваги на профілактику ризику передачі ВІЛ-інфекції.

Первинне обстеження пацієнта

- Опитування скарг і збір анамнезу (у т.ч. анамнезу захворювання та життя, застосування лікарських засобів; соціального анамнезу тощо).
- Об'єктивне (фізикальне) обстеження.
- Лабораторне обстеження.
- Інструментальне обстеження: УЗД органів черевної порожнини та нирок, рентгенографія органів грудної порожнини, якщо не проводилася останні 12 міс. або за клінічними показаннями.
- Консультації інших спеціалістів (за медичними показаннями): офтальмолог, невропатолог, гінеколог – для жінок.
- Оцінку проінформованості та рівня знань пацієнта щодо ВІЛ-інфекції зі зверненням його уваги на профілактику ризику передачі ВІЛ.

Слайд №7 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Перелік лабораторних досліджень, обов'язкових для виконання при первинному обстеженні пацієнта:

- визначення кількості CD4-лімфоцитів (абсолютна кількість та відсотковий вміст);
- визначення вірусного навантаження ВІЛ-інфекції у плазмі крові;
- загальноклінічне дослідження крові (з визначенням гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитарної формули, абсолютної кількості лейкоцитів);
- біохімічне дослідження крові (білірубін та його фракції, аланін амінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, лужна фосфатаза, сечовина, креатинін);
- загальноклінічне дослідження сечі;
- проба Манту;
- скринінгові дослідження на туберкульоз;
- скринінгові дослідження на інфекції, що передаються статевим шляхом (сифіліс, гонорея, хламідіоз, трихомоніаз, вірус простого герпесу 2 типу);
- серологічні дослідження на маркери вірусних гепатитів В і С;
- мазок Папаніколау у жінок.

Перелік лабораторних досліджень:

- визначення кількості CD4-лімфоцитів (абсолютна кількість та відсотковий вміст);
- визначення ВІЛ у плазмі крові;
- загальноклінічне дослідження крові (з визначенням гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитарної формули, абсолютної кількості лейкоцитів);
- біохімічне дослідження крові (білірубін та його фракції, аланін, амінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, лужна фосфатаза, сечовина, креатинін);
- загальноклінічне дослідження сечі;
- проба Манту;
- скринінгові дослідження на туберкульоз;
- скринінгові дослідження на ІПСШ: сифіліс, гонорея, хламідіоз, трихомоніаз, вірус простого герпесу 2 типу;
- серологічні дослідження на маркери вірусних гепатитів В і С;
- мазок Папаніколау у жінок.

Слайд №8 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Додаткові рекомендовані лабораторно-інструментальні дослідження та необхідні консультації інших спеціалістів призначаються за наявності клінічних/епідеміологічних показань.

За результатами первинного обстеження пацієнта лікарем-інфекціоністом встановлюється заключний (уточнений) діагноз ВІЛ-інфекції відповідно до Переглянутої клінічної класифікації стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, рекомендованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я, визначеної додатком 1 до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551 (у редакції Наказу МОЗ України від 10.09.2010 р. №766). Діагноз ВІЛ-інфекції пацієнта підлягає кодуванню відповідно до МКХ-10 та занесенню до форми №025/о.

Встановлення діагнозу

За результатами первинного обстеження пацієнта лікарем-інфекціоністом встановлюється заключний (уточнений) діагноз ВІЛ-інфекції відповідно до Переглянутої клінічної класифікації стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, рекомендованої ВООЗ, визначеної додатком 1 до Клінічного протоколу АРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. № 551 (у редакції Наказу МОЗ України від 10.09.2010 р. № 766).

Діагноз ВІЛ-інфекції пацієнта підлягає кодуванню відповідно до МКХ-10 та занесенню до форми № 025/о.

Слайд №9 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Порядок ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією

Встановлення на облік людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та медичний нагляд за ними здійснюються за умови їх добровільної згоди.

Метою обліку людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, є здійснення епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією та медичного нагляду за такими особами.

Порядок ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ

Метою обліку людей, які живуть з ВІЛ, є здійснення епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією та медичного нагляду за ними.

Встановлення на облік людей, які живуть з ВІЛ, та медичний нагляд за ними здійснюються **за умови їх добровільної згоди.**

Слайд №10 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Ведення медичної документації

1. На кожний випадок вперше встановленого діагнозу ВІЛ-інфекції, незалежно від стадії захворювання, на дату взяття такої особи під медичний нагляд ЗОЗ лікар-інфекціоніст заповнює форму первинної облікової документації №502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи №____» (далі – форма №502-1/о), затверджену наказом МОЗ України від 05.03.2013 р. №180.

2. У разі зміни даних у формі №502-1/о, що відбулися протягом перебування людини, яка живе з ВІЛ-інфекцією, під медичним наглядом ЗОЗ, заповнюється форма первинної облікової документації №502-2/о «Повідомлення про зміни в Реєстраційній карті ВІЛ-інфікованої особи №____», затверджена наказом МОЗ України від 05.03.2013 р. №180.

3. Форми №502-1/о і №502-2/о заповнюються на пацієнтів, які є громадянами України, іноземцями та особами без громадянства.

4. Оригінали форм №502-1/о і №502-2 /о зберігаються у ЗОЗ, де людину, яка живе з ВІЛ-інфекцією, вперше взято під медичний нагляд у зв'язку із встановленням діагнозу ВІЛ-інфекції.

5. Копії форм №502-1/о і №502-2/о надсилаються ЗОЗ до центрів (відділень) із профілактики та боротьби зі СНІДом для ведення обліку і звітності пацієнтів та надання медичної допомоги.

6. Форми №502-1/о і №502-2/о зберігаються у ЗОЗ протягом 5 років після зняття пацієнтів з обліку.

Ведення медичної документації

- На кожний випадок вперше встановленого діагнозу ВІЛ-інфекції незалежно від стадії захворювання на дату взяття такої особи під медичний нагляд ЗОЗ лікар-інфекціоніст заповнює форму первинної облікової документації № 502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи № ____» (далі – форма № 502-1/о), затверджену Наказом МОЗ України від 05.03.2013 р. № 180.
- У разі зміни даних у формі № 502-1/о, що відбулися протягом перебування людини, яка живе з ВІЛ, під медичним наглядом ЗОЗ, заповнюється форма первинної облікової документації № 502-2/о «Повідомлення про зміни в Реєстраційній карті ВІЛ-інфікованої особи № ____», затверджена Наказом МОЗ України від 05.03.2013 року № 180.
- Форми № 502-1/о і № 502-2/о заповнюються на пацієнтів, які є громадянами України, іноземцями та особами без громадянства.
- Оригінали форм № 502-1/о і № 502-2 /о зберігаються у ЗОЗ, де людину, яка живе з ВІЛ, вперше взято під медичний нагляд у зв'язку із встановленням діагнозу ВІЛ-інфекції.
- Копії форм № 502-1/о і № 502-2/о надсилаються ЗОЗ до центрів (відділень) з профілактики та боротьби зі СНІДом для ведення обліку і звітності пацієнтів та надання медичної допомоги.

Слайд №11 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Зняття з обліку пацієнтів ЗОЗ, що здійснюють медичний нагляд за ними, здійснюється у разі зміни їх місця проживання (місця перебування), смерті.

Якщо протягом року пацієнт не звертається до ЗОЗ для здійснення нагляду та надання медичної допомоги, він знімається з обліку у ЗОЗ. Про зазначене пацієнт обов'язково попереджається лікарем при взятті його під медичний нагляд ЗОЗ.

Зняття з обліку ВІЛ-інфікованих пацієнтів

Зняття з обліку пацієнтів ЗОЗ, що здійснюють медичний нагляд за ними, здійснюється у разі зміни їх місця проживання (місця перебування), смерті.

У разі, якщо протягом року пацієнт не звертається до ЗОЗ, для здійснення нагляду та надання медичної допомоги, він знімається з обліку у ЗОЗ.

Про зазначене пацієнт обов'язково попереджається лікарем при взятті його під медичний нагляд ЗОЗ.

Слайд №12 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Метою медичного нагляду за людьми, які живуть з ВІЛ-інфекцією, є систематичний контроль ЗОЗ стану здоров'я ВІЛ-інфікованих пацієнтів для своєчасного виявлення загрози прогресування хвороби, надання адекватної ефективної медичної допомоги та необхідної консультативної, психологічної та іншої підтримки.

Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами

1. Медичний нагляд за пацієнтами розпочинається з дати встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, здійснюється систематично і триває протягом усього життя пацієнта та передбачає періодичні медичні огляди, лабораторні, інструментальні обстеження та консультації інших спеціалістів.
2. Медичний нагляд за пацієнтами має бути комплексним, зосередженим на потребах пацієнтів, здійснюватися командою фахівців, в тому числі, за принципом «рівний – рівному».
3. На дату взяття під медичний нагляд пацієнта (незалежно від стадії його захворювання) заповнюється форма первинної облікової документації №030-5/о «Контрольна карта диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою», затверджена наказом МОЗ України від 21.03.2012 р. №182, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 18.05.2012 р. за №794/21107 (далі по тексту – форма №030-5/о).
4. Протягом медичного нагляду за людьми, які живуть з ВІЛ-інфекцією, у випадку зміни персональних даних пацієнта та показників стану його здоров'я до форми №030-5/о вносяться відповідні зміни та доповнення.
5. У разі зміни місця проживання (перебування) пацієнта в межах України або перебування його в ЗОЗ Державної пенітенціарної служби України, лікар ЗОЗ, де пацієнт перебував під медичним наглядом, на запит ЗОЗ щодо направлення медичної документації пацієнта для ведення його обліку та здійснення медичного нагляду за ним повинен надіслати копії медичної документації за формами №502-1/о, №502-2/о та №030-5/о до Центру (відділення) СНІДу, або ЗОЗ, що територіально знаходиться за новим місцем проживання (перебування) пацієнта, або до ЗОЗ Державної пенітенціарної служби України із дотриманням умов конфіденційності щодо персональних даних пацієнта та лікарської таємниці.

Організація медичного нагляду

Метою медичного нагляду за ЛЖВ, є систематичний контроль ЗОЗ стану здоров'я ВІЛ-інфікованих пацієнтів для своєчасного виявлення загрози прогресування хвороби, надання адекватної ефективної медичної допомоги та необхідної консультативної, психологічної та іншої підтримки.

1. Медичний нагляд за пацієнтами розпочинається з дати встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, здійснюється систематично і триває протягом усього життя пацієнта та передбачає періодичні медичні огляди, лабораторні, інструментальні обстеження та консультації інших спеціалістів.
2. Медичний нагляд за пацієнтами має бути комплексним, зосередженим на потребах пацієнтів, здійснюватися командою фахівців за принципом «рівний-рівному».
3. На дату взяття під медичний нагляд пацієнта (незалежно від стадії його захворювання) заповнюється форма первинної облікової документації № 030-5/о «Контрольна карта диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою», затверджена Наказом МОЗ України від 21.03.2012 р. № 182, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 18.05.2012 р. за № 794/21107 (далі – форма № 030-5/о).
4. Протягом медичного нагляду за людьми, які живуть з ВІЛ, у випадку зміни персональних даних пацієнта та показників стану його здоров'я, до форми № 030-5/о вносять відповідні зміни та доповнення.
5. У разі зміни місця проживання (перебування) пацієнта в межах України (або перебування його в ЗОЗ Державної пенітенціарної служби України) лікар ЗОЗ, де пацієнт перебував під медичним наглядом, на запит ЗОЗ щодо направлення медичної документації пацієнта для ведення його обліку та здійснення медичного нагляду за ним повинен надіслати копії медичної документації за формами № 502-1/о, № 502-2/о та № 030-5/о до Центру (відділення) СНІДу, або ЗОЗ, що територіально знаходиться за новим місцем проживання (перебування) пацієнта, або до ЗОЗ Державної пенітенціарної служби України з дотриманням умов конфіденційності щодо персональних даних пацієнта та лікарської таємниці.

Слайд №13 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Медичні огляди, лабораторні та інструментальні обстеження, консультування пацієнтів здійснюються відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551.

Періодичність та обсяги медичних оглядів залежать від стадії ВІЛ-інфекції та від темпів прогресування захворювання:

- 1) планові медичні огляди та обов'язкові лабораторні обстеження проводять не менше одного разу на 6 міс.; у випадках наявності ознак прогресування ВІЛ-інфекції – не менше одного разу на 3 міс. та залежно від клінічної ситуації:
 - а) обов'язкові лабораторні обстеження, які проводять не менше одного разу на 6 міс.:
 - визначення кількості CD4-лімфоцитів (абсолютна кількість та відсотковий вміст);
 - визначення вірусного навантаження ВІЛ-інфекції у плазмі крові;
 - загальноклінічне дослідження крові (з визначенням гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитарної формули, абсолютної кількості лейкоцитів);
 - біохімічне дослідження крові (білірубін та його фракції, аланінамінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, лужна фосфатаза, сечовина, креатинін);
 - загальноклінічне дослідження сечі.
 - б) обов'язкові лабораторні обстеження, які проводять не менше одного разу на рік:
 - серологічні дослідження на: цитомегаловірус (якщо кількість CD4-лімфоцитів < 100 кл./мкл), токсоплазмоз, гепатит В, гепатит С, якщо результати попередніх досліджень були негативними;
 - для жінок: тест Папаніколау;
 - у випадку цирозу печінки (незалежно від етіології): дослідження вмісту альфа-фетопротеїну та ультрасонографічне дослідження печінки;
 - ліпідні фракції крові;

- скринінгові обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом, та туберкульоз;
- 2) додаткові лабораторні обстеження, інструментальні обстеження та консультації інших відповідних спеціалістів проводять за наявності медичних показань. Медичні огляди, лабораторно-інструментальні дослідження та консультування пацієнтів з опортуністичними захворюваннями здійснюються відповідно до Клінічного протоколу діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих і підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 13.04.2007 р. №182.

Медичні огляди, лабораторні та інструментальні обстеження, консультування пацієнтів здійснюються відповідно до Клінічного протоколу АРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. № 551

- Періодичність та обсяги медичних оглядів залежать від стадії ВІЛ-інфекції та від темпів прогресування захворювання:
- 1) планові медичні огляди та обов'язкові лабораторні обстеження проводять не менше одного разу на 6 міс.; у випадках наявності ознак прогресування ВІЛ-інфекції – не менше одного разу на 3 міс. та залежно від клінічної ситуації:
 - а) обов'язкові лабораторні обстеження, які проводять не менше одного разу на 6 міс.:
 - визначення кількості CD4-лімфоцитів (абсолютна кількість та відсотковий вміст);
 - визначення вірусного навантаження ВІЛ-інфекції у плазмі крові;
 - загальноклінічне дослідження крові (з визначенням гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитарної формули, абсолютної кількості лейкоцитів);
 - біохімічне дослідження крові (білірубін та його фракції, аланінамінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, лужна фосфатаза, сечовина, креатинін);
 - загальноклінічне дослідження сечі.
 - б) обов'язкові лабораторні обстеження, які проводять не менше одного разу на рік:
 - серологічні дослідження на: цитомегаловірус (якщо кількість CD4-лімфоцитів < 100 кл./мкл), токсоплазмоз, гепатит В, гепатит С, якщо результати попередніх досліджень були негативними;
 - для жінок: тест Папаніколау;
 - у випадку цирозу печінки (незалежно від етіології): дослідження вмісту альфа-фетопротеїну та ультрасонографічне дослідження печінки;
 - ліпідні фракції крові;
 - 2) додаткові лабораторні обстеження, інструментальні обстеження та консультації інших відповідних спеціалістів проводять за наявності медичних показань.

Слайд №14 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

Медичний нагляд за пацієнтом здійснюється за принципом, що передбачає надання пацієнту максимального спектра послуг в одному місці (інтеграція послуг), у разі необхідності – перенаправлення пацієнтів до ЗОЗ та надання соціальної підтримки.

Лікарі Центрів (відділень) СНІДу та ЗОЗ, в структурі яких функціонує кабінет «Довіра», відповідають за ведення обліку пацієнтів, надання їм необхідної медичної допомоги та здійснення медичного нагляду за такими особами.

Ведення пацієнтів з опортуністичними захворюваннями

Медичні огляди, лабораторно-інструментальні дослідження та консультування пацієнтів з опортуністичними захворюваннями здійснюються відповідно до Клінічного протоколу діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 13.04.2007 № 182.

Медичний нагляд за пацієнтом здійснюють за принципом, що передбачає надання пацієнту максимального спектра послуг в одному місці (інтеграція послуг), у разі необхідності – перенаправлення пацієнтів до ЗОЗ та надання соціальної підтримки.

Лікарі Центрів (відділень) СНІДу та ЗОЗ, в структурі яких функціонує кабінет «Довіра», відповідають за ведення обліку пацієнтів, надання їм необхідної медичної допомоги та здійснення медичного нагляду за ними.

Слайд №15 презентації «Медичний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами»

2. Обговорення «Організація медичного догляду на первинному рівні» (15 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Тренер запитує в учасників про наявність умов виконання вимог щодо обстеження, нагляду за ВІЛ-інфікованими пацієнтами.

До уваги тренера!

У підсумку цього обговорення важливо зробити наступне доповнення: під час організації медичного нагляду одним із важливих питань є встановлення довірливих стосунків із пацієнтом, у разі необхідності – залучати членів сім'ї або соціальних працівників за згодою пацієнта.

Важливо, щоб учасники зрозуміли, що їх завданням є контроль за виконанням призначень пацієнтам, а також здійснення заходів щодо профілактики подальшого поширення ВІЛ-інфекції.

3. Робота в малих групах «Роль ЛЗП/СЛ у забезпеченні лабораторного обстеження ВІЛ-інфікованого пацієнта» (30 хв.)

Тренер об'єднує учасників у дві (або чотири у залежності від кількості учасників великої групи) малі групи, кожна з яких обирає спікера.

Тренер просить учасників, спираючись на вимоги до проведення медичних оглядів, лабораторних та інструментальних обстежень, консультування пацієнтів, протягом 15 хв. скласти план обстеження та спостереження вперше виявленого ВІЛ-інфікованого пацієнта (1 та 2 група) та план обстеження ВІЛ-інфікованого пацієнта, який перебуває на диспансерному обліку (3 та 4 група).

Далі спікери малих груп презентують напрацьовані плани.

До уваги тренера!

Проаналізуйте презентації, проведіть узагальнення, що допоможе ЛЗП/СЛ засвоїти матеріал.

4. Вправа «Ведення медичної документації» (20 хв.)

Тренер обирає з групи учасників претендентів на роль пацієнта/пацієнтів, лікаря, медичної сестри та молодшої медичної сестри. Тренер імітовано організовує роботу сімейної амбулаторії, виводить на екран слайд «Ведення медичної документації».

Тренер роздає учасникам, які беруть участь у рольовій грі, завдання:

- організувати прийом, консультування та заповнення медичної документації для диспансерного обліку із визначенням місця збереження документів.

Група, після закінчення рольової гри, обговорює та оцінює дії лікаря, медичної сестри та молодшої медичної сестри, звертаючи увагу на помилки та вдалі прийоми лікаря під час прийому пацієнта.

До уваги тренера!

Можна окремо роздати завдання всім учасникам рольової гри: лікарю – провести прийом та заповнити документацію; пацієнту – соромитися говорити при сторонніх; медичній сестрі – паралельно з веденням прийому лікарем говорити по телефону чи інше; молодшій медичній сестрі – прибирати у кабінеті, заважаючи лікареві, тощо.

Тренер акцентує увагу на важливості правильного ведення медичної документації ВІЛ-інфікованого пацієнта із дотриманням права пацієнта на таємницю діагнозу, висвітивши на екрані слайд для кращого сприйняття та розуміння учасниками важливості правильного заповнення медичних документів та їх зберігання. Також доцільно обговорити з учасниками, які спостерігали за грою, їхні враження та коментарі: що лікар зробив вірно, правильно, а що необхідно було врахувати під час прийому пацієнта, на що звернути увагу тощо.

РОЛЬОВА ГРА: резюме

- На кожний випадок вперше встановленого діагнозу ВІЛ-інфекції незалежно від стадії захворювання на дату взяття такої особи під медичний нагляд ЗОЗ лікар-інфекціоніст заповнює форму первинної облікової документації № 502-1/о «Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи № ____» (далі – форма № 502-1/о), затверджену Наказом МОЗ України від 05.03.2013 р. № 180.
- У разі зміни даних у формі № 502-1/о, що відбулися протягом перебування людини, яка живе з ВІЛ, під медичним наглядом ЗОЗ, заповнюється форма первинної облікової документації № 502-2/о «Повідомлення про зміни в Реєстраційній карті ВІЛ-інфікованої особи № ____», затверджена Наказом МОЗ України від 05.03.2013 р. № 180.
- Форми № 502-1/о і № 502-2/о заповнюються на пацієнтів, які є громадянами України, іноземцями та особами без громадянства.
- Оригінали форм № 502-1/о і № 502-2 /о зберігаються у ЗОЗ, де людину, яка живе з ВІЛ, вперше взято під медичний нагляд у зв'язку із встановленням діагнозу ВІЛ-інфекції.
- Копії форм № 502-1/о і № 502-2/о надсилаються ЗОЗ до центрів (відділень) з профілактики та боротьби зі СНІДом для ведення обліку і звітності пацієнтів та надання медичної допомоги.
- Форми № 502-1/о і № 502-2/о зберігаються у ЗОЗ протягом 5 років після зняття пацієнтів з обліку.

Слайд №16 до вправи «Ведення медичної документації»

5. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Наприкінці тренер акцентує увагу на важливості порядку встановлення діагнозу «ВІЛ-інфекція», на особливостях обстеження ВІЛ-інфікованого пацієнта, на порядку ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, із дотриманням конфіденційності при веденні медичної документації та її зберігання, що сприятиме довірливості ВІЛ-інфікованого пацієнта до медичних працівників і позитивно впливатиме на його якість і тривалість життя.

Контрольні запитання

- Яким нормативним документом регулюється організація медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам?
- Хто встановлює діагноз ВІЛ-інфекції?
- Хто складає план первинного обстеження пацієнта?
- Що включає в себе первинне обстеження пацієнта?
- Назвіть перелік лабораторних досліджень при первинному обстеженні пацієнта.
- Назвіть основні принципи порядку ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією.
- Назвіть порядок зняття з обліку ВІЛ-інфікованого пацієнта.
- Як часто здійснюються планові медичні огляди та обов'язкові лабораторні обстеження?
- Назвіть основні принципи ведення пацієнтів з опортуністичними інфекціями.

Література

1. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
2. Наказ МОЗ України від 10.07.2013 р. №585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ».
3. Наказ МОЗ України від 12.07.2010 р. №551 «Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».

ТЕМА 4.4. НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ПАЦІЄНТАМ (1 ГОД. 30 ХВ.)

Завдання

1. Розповісти про суть паліативної допомоги (далі по тексту – ПД) ВІЛ-інфікованим пацієнтам.
2. Ознайомити з нормативно-правовим регулюванням ПД ВІЛ-інфікованим пацієнтам.
3. Розглянути принципи ПД.
4. Вивчити підходи до надання ПД.
5. Проінформувати щодо компонентів ПД.
6. Ознайомити із завданнями та особливостями діяльності мультидисциплінарної команди.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - вимоги Клінічного протоколу надання ПД, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД;
 - основні принципи надання ПД;
 - підходи до надання ПД;
 - компоненти ПД;
 - особливості надання ПД хворим на ВІЛ-інфекцію відповідно до наявних синдромів чи симптомів;
 - специфіку соціально-психологічної і духовної підтримки при ВІЛ-інфекції;
 - організацію діяльності мультидисциплінарної команди.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - лікувати больовий синдром, побічні ефекти наркотичних анагетиків, а також основних синдромів, які можуть виникати у хворих на ВІЛ-інфекцію;
 - організовувати роботу чи брати участь в роботі міждисциплінарної команди при наданні паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Інформаційне повідомлення «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»	30 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 4.4 «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»
2.	Обговорення «Організація паліативної допомоги ЛЗП/СЛ»	15 хв.	
3.	Робота в малих групах «Мультидисциплінарна команда»	40 хв.	
4.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Інформаційне повідомлення «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам» (30 хв.)

Паліативна допомога (далі по тексту – ПД) – вид медичної допомоги, який спрямований на покращення якості життя пацієнтів і членів їх родин, що стикаються з проблемами невиліковної хвороби. У той час як специфічне (або етіотропне) лікування спрямоване на зміну перебігу хвороби, ПД зосереджена на профілактиці і зменшенні страждань, які виникають на тлі прогресуючого захворювання.

Раннє виявлення, визнання проблеми та ефективне лікування болю або інших фізичних, психосоціальних і духовних проблем – реквізити для забезпечення якісної ПД.

Що таке паліативна допомога?

Паліативна допомога – вид медичної допомоги, спрямований на покращення якості життя пацієнтів і членів їх родин, які стикаються з проблемами невиліковної хвороби.



У той час як специфічне (етіотропне) лікування спрямоване на зміну перебігу хвороби, паліативна допомога повинна бути зосереджена на профілактиці і зменшенні страждань, які виникають на тлі прогресуючого захворювання.

Слайд №2 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

Відповідно до Основ законодавства про охорону здоров'я:

- ПД надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (ст. 8);
- на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається ПД, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей (ст. 35-4);
- ПД надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення (ст. 35-4);
- порядок надання ПД та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (ст. 35-4).

Нормативно-правове забезпечення паліативної допомоги

Основи законодавства про охорону здоров'я

- Паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (ст. 8).
- На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей (ст. 35-4).
- Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення (ст. 35-4).
- Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (ст. 35-4).

Слайд №3 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

Законом України від 20.10.2014 р. №1708-VII «Про затвердження загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» визначено забезпечення організації і доступу до паліативної та хоспісної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, організація надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та підготовка відповідних кадрів для надання такої допомоги.

Наказ МОЗ України від 03.07.2007 р. №368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» встановлює, що:

- ПД є складовою частиною всебічної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД;
- доступ до ПД не може бути штучно обмеженим через політичні, релігійні або соціальні обставини. Усі пацієнти, які потребують і виявляють бажання отримати такий вид допомоги, повинні отримати її;
- ПД надається відповідно до потреб пацієнта і стандартів даного протоколу;
- полегшення страждань і симптомів проводиться незалежно від стадії захворювання чи інших чинників (наприклад, одночасне призначення протитуберкульозного лікування, АРТ чи замісної підтримуючої терапії);
- ПД надається на кожній стадії ВІЛ-інфекції, а не лише у термінальній стадії хвороби, коли пацієнт помирає.

Нормативно-правове забезпечення паліативною допомогою

Закон України від 20.10.2014 р. № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки»

Забезпечення організації та доступу до паліативної та хоспісної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, організація надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та підготовка відповідних кадрів для надання такої допомоги.

Наказ МОЗ України від 03.07.2007 р. №368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД»

- ПД є складовою частиною всебічної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД;
- доступ до ПД не може бути штучно обмеженим через політичні, релігійні або соціальні обставини. Усі пацієнти, які потребують і виявляють бажання отримати такий вид допомоги, повинні отримати її;
- ПД надається відповідно до потреб пацієнта і стандартів даного протоколу;
- полегшення страждань і симптомів проводиться незалежно від стадії захворювання або інших чинників (наприклад, одночасне призначення протитуберкульозного лікування, АРТ або замісної підтримуючої терапії);
- ПД надається на кожній стадії ВІЛ-інфекції, а не лише у термінальній стадії хвороби, коли пацієнт помирає.

Слайд №4 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

Основними принципами надання ПД є:

- полегшення болю та інших симптомів захворювання для підвищення якості життя пацієнта;
- поєднання медичних, психологічних і духовних аспектів догляду за пацієнтом;
- якомога довша підтримка повноцінного активного життя пацієнтів;
- навчання членів родини пацієнта правилам полегшення страждань близької людини та надання допомоги після смерті пацієнта, щоб справитися з горем, пов'язаним з втратою;
- використання досвіду та спілкування між пацієнтом і надавачем послуг (медична сестра, лікар, член сім'ї) для забезпечення оптимальної комбінації втручань і медикаментів;
- утвердження життя та розцінювання смерті як природного процесу;
- неможливість прискорити чи відстрочити смерть.

Основні принципи надання паліативної допомоги

- Полегшення болю та інші симптомів захворювання для підвищення якості життя пацієнта.
- Поєднання медичних, психологічних і духовних аспектів догляду за пацієнтом.
- Якомога довша підтримка повноцінного активного життя пацієнтів.
- Навчання членів родини пацієнта правилам полегшення страждань близької людини, та надання допомоги після смерті пацієнта, щоб справитися з горем, пов'язаним з втратою.
- Використання досвіду та спілкування між пацієнтом та надавачем послуг (медична сестра, лікар, член сім'ї, ін.) для забезпечення оптимальної комбінації втручань і медикаментів.
- Утвердження життя та розцінювання смерті як природного процесу.
- Неможливість прискорити або відстрочити смерть.

Слайд №5 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

Підходи до надання ПД

- Медичні послуги з ПД повинні бути доступні цілодобово. Хворий та члени його родини забезпечуються доступною та зрозумілою інформацією щодо ПД, а послуги надаються в обсязі, прийнятному для пацієнта.
- ПД може надаватися як консультативна послуга у лікувальних закладах будь-яких форм власності за допомогою різних організаційних форм медичного обслуговування (у тому числі на денному стаціонарі, у спеціалізованих закладах (хоспісах) та вдома (на дому)).
- Потреби пацієнта та його родини (включаючи прояви захворювання) повинні розглядатися спеціалістами та іншими співробітниками за міждисциплінарним підходом обов'язково із залученням спеціалістів соціальних служб.
- ПД надається з урахуванням потреб і згоди конкретного пацієнта.
- ПД забезпечує право хворого бути інформованим про своє захворювання, можливі методи лікування, ймовірні результати та існуючі можливості, та, за його згодою, повідомляти про це членам родини.
- ПД передбачає право хворого на вибір методів та місця надання допомоги.



Слайд №6 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

Компоненти ПД

ПД є цілісним підходом, що складається з медичного, соціального, психологічного та духовного компонентів.

Медична складова ПД полягає у контролі фізичного стану хворого, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби, в тому числі болю, наданні консультацій та навчанні близького оточення навичкам, корисними при догляді за хворим.

Соціальний компонент має на меті забезпечити задовільні побутові умови, підтримати соціальне життя, і в той же час допомогти хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД та їх оточенню навчитися самостійно вирішувати соціальні проблеми.

Психологічний компонент в межах ПД вирішує завдання полегшення психологічних станів, пов'язаних з невиліковним захворюванням, подолання стресу, тривожності, депресії хворих, їх оточення, персоналу, залученого до надання ПД.

Завданням психологічної підтримки в межах ПД є нормалізація внутрішнього стану хворого, підтримка психологічної рівноваги між хворим і його оточенням

на всіх етапах протікання захворювання, під час підготовки хворого до АРТ та супроводу лікування, обговорення та підготовка до смерті, допомога близькому оточенню хворого підчас і після важкої втрати.

Духовна підтримка надається представником релігійної конфесії (за бажанням хворого). Незалежно від організаційної форми медичного обслуговування важливим є забезпечення можливості здійснення при потребі релігійних обрядів.

Компоненти паліативної допомоги

ПД є цілісним підходом, що складається з медичного, соціального, психологічного та духовного компонентів:

- **Медична складова** ПД полягає у контролі фізичного стану хворого, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби, у т.ч. болю, наданні консультацій та навчанні близького оточення навичкам, корисними при догляді за хворим.
- **Соціальний компонент** має на меті забезпечити задовільні побутові умови, підтримати соціальне життя, і в той же час допомогти хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД та їх оточенню навчитися самостійно вирішувати соціальні проблеми.
- **Психологічний компонент** у рамках ПД вирішує завдання полегшення психологічних станів, пов'язаних з невиліковним захворюванням, подолання стресу, тривожності, депресії хворих, їх оточення, персоналу, залученого до надання ПД. Завданням психологічної підтримки в межах ПД є нормалізація внутрішнього стану хворого, підтримка психологічної рівноваги між хворим і його оточенням на всіх етапах протікання захворювання, під час підготовки хворого до АРТ та супроводу лікування, обговорення та підготовка до смерті, допомога близькому оточенню хворого підчас і після тяжкої втрати.
- **Духовна підтримка** надається представником релігійної конфесії, за вибором хворого. Незалежно від організаційної форми медичного обслуговування важливим є забезпечення можливості здійснення при потребі релігійних обрядів.

Слайд №7 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

Особливостями надання ПД хворим на ВІЛ-інфекцію відповідно до наявних синдромів чи симптомів є:

- лікування больового синдрому;
- лікування побічних ефектів наркотичних аналгетиків;
- фізичні методи лікування хронічного болю;
- психологічні та соціальні аспекти лікування хронічного болю;
- лікування основних синдромів, які можуть виникати у хворих на ВІЛ-інфекцію.

Особливості надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію:

- лікування больового синдрому;
- лікування побічних ефектів наркотичних аналгетиків;
- фізичні методи лікування хронічного болю;
- психологічні і соціальні аспекти лікування хронічного болю;
- лікування основних синдромів, які можуть виникати у хворих на ВІЛ-інфекцію.

Слайд №8 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

Лікування основних синдромів, які можуть виникати у хворих на ВІЛ-інфекцію:

- виразки слизової порожнини рота, біль при ковтанні;
- діарея;
- нудота і блювання;
- закріп;
- лихоманка;
- гикавка;
- тривожність і збудження;
- порушення сну;
- м'язова скутість і контрактури;
- догляд за хворим із деменцією;
- депресія;
- піхвові виділення, обумовлені раком шийки матки;
- пролежні;
- нетримання сечі та калу;
- кашель і задишка;
- виснаження.

Лікування основних синдромів, які можуть виникати у хворих на ВІЛ-інфекцію

- | | |
|--|---|
| • Виразки слизової порожнини рота, біль при ковтанні | • М'язова скутість і контрактури |
| • Діарея | • Догляд за хворим з деменцією |
| • Нудота і блювання | • Депресія |
| • Запор | • Піхвові виділення, обумовлені раком шийки матки |
| • Лихоманка | • Пролежні |
| • Гикавка | • Нетримання сечі і калу |
| • Тривожність і збудження | • Кашель і задишка |
| • Порушення сну | • Виснаження |

Слайд №9 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

Рекомендації з питань надання ПД споживачам ін'єкційних наркотиків, хворим на ВІЛ-інфекцію

Наркотичні знеболювальні препарати можуть і повинні застосовуватися в медичному компоненті ПД для полегшення та усунення болю у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, що мають в анамнезі тривале вживання наркотиків.

Рекомендації з питань надання ПД споживачам ін'єкційних наркотиків, хворим на ВІЛ-інфекцію

Наркотичні знеболювальні препарати можуть і повинні застосовуватися в медичному компоненті ПД для полегшення і усунення болю у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, що мають в анамнезі тривале вживання наркотиків.

Слайд №10 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

У багатьох СІН, які живуть з ВІЛ-інфекцією, після діагностики захворювання, що становить загрозу для життя, різкого зниження вживання наркотичних речовин не спостерігається. Це чітко проявляється в тих випадках, коли люди тривалий час вживають психотропні речовини та знаходяться в складних життєвих обставинах. У таких випадках перша діагностика захворювання, що становить загрозу для життя, часто відбувається за кілька місяців чи тижнів перед смертю. Відповідно, період надання паліативної допомоги для таких людей дуже короткий, можливість допомогти розв'язати майбутні проблеми мінімальна.

Мультидисциплінарна команда

Мультидисциплінарна команда (далі по тексту – МДК) є координуючим органом та основою надання ПД. МДК – це невелика група незалежних експертів різних дисциплінарних сфер, які об'єднані:

- спільною метою;
- спільними цінностями;
- спільним методами та підходами до виконання завдань;
- комплементарністю навичок членів групи;
- чітко визначеними ролями в середині групи;
- взаємною відповідальністю та контролем.

Мультидисциплінарна команда (МДК) є координуючим органом та основою надання ПД

МДК – це невелика група незалежних експертів різних дисциплінарних сфер, які об'єднані:

- спільною метою;
- спільними цінностями;
- спільним методами та підходами до виконання завдань;
- компліментарністю навичок членів групи;
- чітко визначеними ролями в середині групи;
- взаємною відповідальністю та контролем.

Слайд №11 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

МДК утворюється з метою надання ПД хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД та координації цієї допомоги. Роботу МДК координує лікар.

До складу МДК входять:

- лікар;
- медична сестра;
- психолог;
- соціальний працівник;
- члени родини з близького оточення хворого;
- за потреби інші спеціалісти та фахівці, у послугах яких є необхідність, у тому числі, представники релігійних та громадських організацій.

Роботу МДК координує лікар

До складу МДК входять:

- лікар;
- медична сестра;
- психолог;
- соціальний працівник;
- близьке оточення хворого;
- за потребою інші спеціалісти та фахівці, у послугах яких є необхідність, у т.ч. представники релігійних та громадських організацій.

Слайд №12 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

Представники неурядових і релігійних організацій, а також особи з близького оточення хворого, які залучаються до процесу надання допомоги, проходять обов'язкову спеціальну підготовку з основ паліативного догляду.

Прийняття рішень, стосовно плану надання ПД, повинні здійснюватись членами МДК за участю хворого та його близького оточення.

Представники неурядових та релігійних організацій, а також особи з близького оточення хворого, яких залучають до процесу надання допомоги, проходять обов'язкову спеціальну підготовку з основ паліативного догляду.

Слайд №13 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

Прийняття рішень стосовно плану надання ПД повинно здійснюватись членами МДК за участю хворого та його близького оточення



Слайд №14 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

Рішення про припинення реанімаційних заходів приймаються на підставі співвідношення користі та шкоди для здоров'я пацієнта. Головною умовою прийняття будь-яких рішень є відвертість та взаєморозуміння між членами МДК і родиною пацієнта.

Рішення про припинення реанімаційних заходів приймають на підставі співвідношення користі та шкоди для здоров'я пацієнта.

Головною умовою прийняття будь-яких рішень є відвертість та взаєморозуміння між членами МДК і родиною пацієнта.

Слайд №15 презентації «Організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам»

2. Обговорення «Організація паліативної допомоги ЛЗП/СЛ» (15 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо запитань, які у них з'явилися або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Тренер запитує учасників про їх розуміння соціально-психологічної і духовної підтримки при ВІЛ-інфекції.

До уваги тренера!

Наприкінці важливо акцентувати увагу на важливості дотримання етичних норм у наданні паліативної допомоги та на методах психологічної підтримки.

Необхідно мотивувати учасників щодо організації паліативної допомоги у відповідності синдромів та застосування медикаментозних засобів.

3. Робота в малих групах «Мультидисциплінарна команда» (40 хв.)

Тренер об'єднує учасників у 2–4 малі групи, кожній з яких роздає витяг «Лікування основних синдромів, які можуть виникати у хворих на ВІЛ-інфекцію» з Наказу МОЗ України від 03.07.2007 р. №368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД», з яким вони знайомляться протягом 10 хв.

Тренер роздає кожній з груп ситуаційні задачі та просить виконати такі завдання:

- визначити роль мультидисциплінарної команди, яка надаватиме ПД пацієнту;
- визначити функції кожного з членів мультидисциплінарної команди у відповідності до випадку.

Групи отримують 10 хв. для виконання завдання, після чого презентують свої напрацювання. Тренер ініціює обговорення.

Орієнтовне завдання: організувати надання допомоги ВІЛ-інфікованому пацієнту в стадії СНІД з вираженим синдромом нудоти та блювоти.

4. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер пропонує учасникам висловитися щодо того, які запитання у них з'явилися або ж здалися надто складними та потребують уточнення. Тренер відповідає на запитання учасників.

Наприкінці тренер акцентує увагу на необхідності знань для ЛЗП/СЛ щодо суті паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам та нормативно-правового забезпечення надання ПД пацієнтам з ВІЛ, її компонентів. Окремо тренер наголошує на важливості та цінності організації ПД ВІЛ-інфікованим пацієнтам мультидисциплінарною командою.

Контрольні запитання

- Яким нормативним документом регулюється організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам?
- Назвіть основні принципи надання паліативної допомоги.
- Назвіть підходи до надання паліативної допомоги.

- Назвіть компоненти паліативної допомоги.
- Які особливості надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію?
- Що таке мультидисциплінарна команда?

Література

1. Закон України від 20.10.2014 р. №1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки».
2. Наказ МОЗ України від 03.07.2007 р. №368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД».
3. Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я».

РОЗДІЛ 5: СТИГМАТИЗАЦІЯ ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ ПРИ РОБОТІ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ ПАЦІЄНТАМИ

ТЕМА 5.1. ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ХВОРИХ (45 ХВ.)

Завдання

1. Виявити та обговорити реальні почуття та ставлення учасників до ВІЛ-інфікованих людей.
2. Проаналізувати, що найбільше впливає на формування стигми та дискримінації до ВІЛ-інфікованих у суспільстві, ґрунтуючись на власному досвіді.
3. Представити та обговорити основні етичні принципи, яких необхідно дотримуватись медичному працівнику під час ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - власне ставлення та почуття до пацієнтів з ВІЛ-інфекцією;
 - етичні та правові принципи надання медичних послуг ВІЛ-інфікованим;
 - вимоги чинного законодавства стосовно надання ВІЛ-позитивним пацієнтам медичної допомоги, пов'язані з етичними аспектами.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Вправа «Спогади». Актуалізація теми та власного досвіду учасників	15 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, скотч
2.	Інформаційне повідомлення «Етичні аспекти ведення пацієнтів з ВІЛ-інфекцією»	10 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, скотч
3.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Вправа «Спогади». Актуалізація теми та власного досвіду учасників (15 хв.)

Тренер звертається до учасників:

«Ми з вами сьогодні будемо розглядати складну та надзвичайно важливу тему, пов'язану із ВІЛ-інфекцією безпосередньо. Це тема попередження стигматизації та дискримінації ЛЖВ, яка так само стосується й представників груп найвищого ризику, і відіграє одну з ключових ролей в питанні подолання епідемії ВІЛ-інфекції не лише в Україні, а й в світі. Але для початку я хочу попросити кожного з вас пригадати той момент, коли Ви вперше «зустрілись» із ВІЛ-інфекцією у Вашому житті. Пригадайте, будь-ласка, можливо, це був професійний досвід або, навпаки, історія особистого характеру, або фільм, який Вас вразив, чи історія знайомих, друзів. Згадайте, які почуття були у Вас в той момент стосовно самої ВІЛ-інфекції, що Ви відчували відносно людей, яких торкнулась ВІЛ-інфекція. Будьте відвертими, скажіть про ваші переживання у той момент».

Тренер розділяє маркером аркуш паперу на фліпчарті вертикальною лінією. Першу колонку тренер підписує «Тоді», і пропонує учасникам по черзі назвати почуття, які виникли в результаті спогадів. Тренер акцентує, що необов'язково розповідати саму історію, якщо учасник не бажає, просто необхідно назвати почуття, і озвучити, як давно стався той випадок. Але, якщо учасник забажає, то коротко можна прослухати історію чи випадок, який учасник пригадав.

По черзі учасники дають відповіді на запитання, а тренер фіксує в лівій колонці лише рік і почуття, що їх називає учасник.

До уваги тренера!

Тренеру варто акцентувати увагу учасників саме на почуттях, а не на поведінці. Наприклад: «Я відчував сум, страх, розпач...» тощо. У разі, якщо учасник говорить: «Я не знав що робити», тренеру варто поставити уточнююче запитання: «Що Ви відчували при цьому?», і записати саме почуття.

Коли всі учасники висловились, тренер ставить наступне запитання учасникам: «А які почуття та ставлення у Вас до ВІЛ-позитивних людей та пацієнтів зараз, з плином часу? Що вплинуло на Вас?». І підписує праву колонку на аркуші фліпчарту «Тепер». Варто слідкувати, щоб всі учасники по колу висловились, і знову акцентує їх увагу саме на почуттях, і на тих моментах, які вплинули на зміну позиції, якщо учасник відзначає зміни у своєму ставленні та почуттях.

Коли заповнені обидві колонки, тренер може попросити учасників подивитися уважно на них і порівняти їх, та поділитися своїми думками стосовно того, що змінилося з часом у почуттях та ставленні до ВІЛ-інфекції та ЛЖВ в цілому.

Тренер коротко обговорює з учасниками, що найбільше вплинуло на зміну думки про ВІЛ-інфікованих чи на ставлення до інфекції в цілому.

Тренер підсумовує, що наші почуття виявляють наше справжнє ставлення до ВІЛ-інфекції та до ЛЖВ безпосередньо. Саме стигма, пов'язана з ВІЛ-інфекцією, яку ми будемо детально розглядати, є найбільшим бар'єром для здійснення ефективного профілактики, лікування, догляду та підтримки ЛЖВ.

Наразі визначені основні прояви стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, які найбільш поширені в суспільстві:

- неприйняття та уникнення людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією;
- обмеження та порушення прав та свобод людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією;
- примусове тестування на ВІЛ-інфекцію без попередньої згоди пацієнта;
- порушення конфіденційності діагнозу людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією;
- ізоляція ВІЛ-позитивних людей.

До уваги тренера!

Основні прояви стигми та дискримінації, пов'язані з ВІЛ, тренеру варто виписати завчасно на фліпчарті, і продемонструвати учасникам в ході повідомлення для наочності. Після чого розмістити на стіні чи дошці в аудиторії так, щоб всі учасники в ході роботи могли поглядом знайти матеріал, якщо виникне така потреба.

ВІЛ-інфекція є хронічним, наразі невиліковним захворюванням, або таким, що суттєво загрожує життю людини. З появою перших виявлених пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, вважалося, що вони приречені, тобто отримання діагнозу було аналогічним повідомленню про близьку та неминучу смерть. І такі установки вплинули на ставлення до ВІЛ-інфекції в суспільстві на довгі десятиріччя. Розробка ефективного підтримуючого лікування позитивно вплинула на якість життя людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та на суспільну думку, відповідно, але міфи та стереотипи продовжують негативно впливати на загальне сприйняття ВІЛ-інфекції.

2. Інформаційне повідомлення «Етичні аспекти ведення пацієнтів з ВІЛ-інфекцією» (10 хв.)

Тренер пояснює учасникам терміни:

Медична етика – це сукупність норм поведінки і моралі медпрацівників.

Медична деонтологія полягає у дотриманні етичних норм при виконанні своїх професійних обов'язків.

Ятрогенія – різновид психогенії, що виникає внаслідок спілкування з лікарем чи середнім медичним персоналом, коли вони нехтують правилами деонтології, необережно висловлюються з приводу страждання хворого. Розвивається цей симптом у напрямку іпохондрії, іпохондричного синдрому.

До уваги тренера!

Зазначені терміни варто заздалегідь зафіксувати на аркуші фліпчарту та прикріпити на видному для всіх учасників місці в аудиторії так, щоб вони залишалися там протягом усього заняття.

Взаємовідносини лікаря і пацієнта – центральна проблема медичної біоетики. Основою цих взаємин є відданість лікаря інтересам хворого, професійна чесність, абсолютна ввічливість, доброзичливість, уважність, індивідуальний підхід, включаючи і психологічні особливості хворого, клінічне та деонтологічне

не обґрунтування методів діагностики і лікування, конфіденційність (медична таємниця), профілактика ятрогеній, що відіграє важливу роль у веденні ВІЛ-позитивних хворих.

З моменту початку епідемії ВІЛ-інфекції, за даними Об'єднаної програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД (UNAIDS), інфікувалося майже 75 млн людей і 30 млн людей померли від захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. У 2012 р. кількість ЛЖВ становила 35,3 млн, кількість нових випадків інфікування – близько 2,3 млн, а 1,6 млн людей померли від захворювань, пов'язаних зі СНІДом. У 2012 р. приблизно 260 000 дітей народилися з ВІЛ-інфекцією, загальна кількість дітей з ВІЛ-інфекцією (молодше 15 років) становила 2,3 млн осіб.

Нині вважається, що кожний **100-й дорослий житель** нашої планети вже інфікований ВІЛ. Щодня **58 українців** інфікуються ВІЛ-інфекцією.

На сьогоднішній день ВІЛ-інфекція вже давно вийшла за межі груп найвищого ризику в широкі прошарки населення, і все одно переважна більшість людей не знає про свій ВІЛ-позитивний статус.

В умовах стрімкого поширення ВІЛ-інфекції серед населення Всесвітня організація охорони здоров'я (далі по тексту – ВООЗ) рекомендує медичним працівникам керуватися одним з ґрунтовних принципів надання медичної допомоги пацієнтом безвідносно до їх ВІЛ-статусу, а саме:

КОЖЕН ХТО ЗВЕРТАЄТЬСЯ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ, ПОВИНЕН РОЗГЛЯДАТИСЯ ЯК ПОТЕНЦІЙНИЙ НОСІЙ ВІРУСУ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ

До уваги тренера!

Тренер завчасно має написати даний принцип на папері для фліпчарту, і продемонструвати учасникам в ході повідомлення для наочності. Після чого розмістити на стіні чи дошці в аудиторії так, щоб всі учасники в ході роботи могли поглядом знайти матеріал, якщо виникне така потреба.

ЛЖВ та представники груп найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ-інфекцією, часто стикаються з упередженням до них ставленням (стигмою) та конкретними діями інших людей, що обмежують їх права і свободи (дискримінацією).

Коли населення, в т.ч. й працівники медичної сфери, недостатньо чітко уявляє собі основні шляхи передачі ВІЛ-інфекції й те, як вона не передається, де поширені різноманітні міфи щодо цього захворювання, виникає підґрунтя для стигми і дискримінації. Хоча, з позицій біомедичної етики, для лікаря чи медичної сестри усі пацієнти мають однаковий моральний статус, який не припускає жодної дискримінації при наданні їм медичної допомоги. Кожна людина та її здоров'я має бути цінністю для лікаря, безвідносно її статі, віку, соціального статусу, етнічної чи релігійної приналежності тощо.

За даними другого національного дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми», проведеного Мережею ЛЖВ у 2013 р., із проявами стигматизації і дискримінації у медичній сфері стикалися 11% опитаних ЛЖВ. Найпоширенішою формою стигматизації та дискримінації ЛЖВ у медичній сфері залишається відмова в медичному обслуговуванні, у т.ч. стоматологічній допомозі (11%).

Ці дані підтверджуються історіями з життя та досить частими випадками, з якими ЛЖВ та представники ГНР звертаються стосовно захисту своїх прав за медичною допомогою до представників ВІЛ-сервісних організацій. У медичних закладах всіх рівнів ВІЛ-позитивні пацієнти, про статус яких стало відомо лікарям, зазнають дискримінації, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією, яка виражається у:

- відмові у наданні першої невідкладної допомоги чи госпіталізації пацієнта;
- розголошенні даних про ВІЛ-позитивний статус пацієнта третім особам, у т.ч. іншому персоналу ЗОЗ;
- протиправному вимаганні грошової винагороди за надання медичних послуг через ВІЛ-статус пацієнта;
- необґрунтованих вимогах забезпечити лікарів специфічними засобами індивідуального захисту при наданні пацієнту з ВІЛ-інфекцією медичних послуг;
- вербальних образах з боку медичного персоналу, висловлюваннях, які принижують честь і гідність пацієнта;
- необґрунтованому перенаправленні пацієнта до інших лікувальних установ, або відкладання надання медичних послуг без поважних причин тощо.

Стигма та дискримінація у закладах охорони здоров'я мають різні причини, серед яких основні:

- брак знань у персоналу про шляхи передачі, ризику інфікування ВІЛ-інфекцією та методи профілактики інфікування;
- упереджене ставлення та необґрунтовані припущення щодо причин інфікування ЛЖВ, пов'язаних з їх поведінкою;
- страх інфікуватися ВІЛ на робочому місці.

Разом з тим, лікарі, як і пересічні громадяни, живуть у світі стереотипів і міфів, які призводять до стигматизації на основі сексуальної орієнтації чи певних поведінкових практик, серед яких вживання наркотиків, надання сексуальних послуг за винагороду тощо. На цьому підґрунті виникає подвійна стигматизація ВІЛ-позитивних людей і представників ГНР.

Через низьку поінформованість медичних працівників про профілактику інфікування ВІЛ на робочому місці та про правила призначення постконтактної профілактики, алгоритм дій в разі випадкового травмування нестерильним інструментарієм чи в інших випадках, медичні працівники природно обирають таку лінію поведінки, яка не дає змоги ЛЖВ та представникам ГНР щодо ВІЛ отримати якісні медичні послуги.

Найактуальнішим завданням законодавства у контексті ефективного розв'язання проблеми ВІЛ/СНІДу є недопущення дискримінації та стигматизації ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей та захист їх законних прав і свобод, оскільки через недостатню інформованість суспільства з питань ВІЛ/СНІДу на практиці реєструються часті випадки негативного ставлення до ЛЖВ подібного змісту. Варто зазначити і той факт, що чинне законодавство України у сфері ВІЛ/СНІДу ставить перед собою завдання щодо покращання якості життя ВІЛ-позитивних хворих і хворих на СНІД людей. При цьому держава гарантує соціальний захист ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД, членів їхніх сімей і медичних працівників, зайнятих у сфері боротьби із захворюванням на СНІД, а також надання ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД усіх видів медичної допомоги (ЗУ «Про попередження захворювання синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) і соціального захисту населення»).

Основною мірою для надання допомоги тим, хто інфікувався ВІЛ стали спеціалізовані заклади – Центри з профілактики та боротьби зі СНІДом. У результаті більшість лікарів країни втратили можливість працювати з інфікованими, а з часом у них сформувалося переконання, що вони не повинні працювати з такими пацієнтами. Це стало першим наслідком створення СНІД-центрів, фактично ізолювавши ВІЛ-позитивних пацієнтів. Другий наслідок, що інфіковані обмежені в отриманні медичної допомоги тільки можливостями спеціальних центрів. Відсутність у багатьох професіональних медиків досвіду та бажання працювати із ВІЛ-позитивними пацієнтами призвело до появи страхів. Реально професійний ризик зараження при контактах медичних працівників із кров'ю та іншими рідинами, що містять ВІЛ-інфекцію, існує та залежить від двох чинників: об'єму рідини, з якою контактував медичний працівник та інфекційної небезпеки пацієнта (розвинена стадія ВІЛ-інфекції становить найбільшу небезпеку).

В останні роки ступінь ризику зараження при випадковому уколі голкою або при порізі скальпелем із вмістом інфікованої біологічної рідини оцінюється одними авторами в 1%, іншими – в 0,3%. Для порівняння – ризик зараження вірусом гепатиту В при випадковому уколі голкою становить від 6% до 39%.

Проблема професійного зараження ВІЛ медичних працівників включає в себе не тільки оцінку реальної загрози, що винає для їх здоров'я й життя, а й заходи по зниженню до мінімуму цієї загрози, тобто власне моральні аспекти – ставлення до ризику самих медиків, їх пацієнтів і суспільства в цілому.

Заходи по зниженню ризику професійного зараження, в свою чергу, мають медико-технічні та соціально-організаційні аспекти. У медичних закладах повинна бути розроблена й впроваджена система моніторингу, реєстрації випадків можливого та дійсного зараження ВІЛ-інфекцією медичного персоналу. Крім того, кожний лікар повинен – і це його професійний та моральний обов'язок – як можна більше знати про ВІЛ-інфекцію.

З початку 1980-х рр. етичні проблеми ВІЛ-інфекції стали об'єктом розділів біоетики – клінічної та соціальної етики.

Складовими клінічної етики є:

- 1) знання про механізм розвитку захворювання, а також про основні шляхи діагностики та лікування;
- 2) знання загальної етики та біоетики, культурних і релігійних особливостей соціального прошарку, який представляє хворий;
- 3) знання законодавчої бази;
- 4) знання та навички в питаннях міжособистісних взаємовідносин.

Першою етичною проблемою, яка пов'язана з ВІЛ-інфекцією, є добровільне тестування і консультування хворих на основі усвідомленої інформованої згоди. Під інформованою згодою розуміють добровільну згоду людини пройти медичний огляд на наявність ВІЛ-інфекції після отримання інформації про цілі та можливі результати тестування (Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол) затверджений Наказом МОЗ України 19.08.2005 р. №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»).

Питання про конфіденційність інформації про ВІЛ-статус є, з одного боку, етичним, з іншого – регламентується законодавчо. Згідно Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», інформація про результати дослідження на ВІЛ-інфекцію є конфіденційною, її розголошення спричиняє кримінальну відповідальність.

Відмова в наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим є проблемою клінічної і соціальної етики одночасно – результатом певного рівня суспільної свідомості і низької інформованості медичних працівників.

Можливість профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції від матері до дитини вимагає кваліфікованого консультування ВІЛ-інфікованих жінок стосовно прийому АРТ-препаратів, відмови від грудного вигодовування, усвідомленого ними вибору на користь повідомлення свого ВІЛ-статусу партнеру тощо. Крім того, досі залишаються невирішеними глобальні біоетичні проблеми стосовно прав ВІЛ-позитивних осіб на доступ до послуг із планування сім'ї. Наприклад, досі дуже часто жінки отримують поради або директивні настанови від медичного персоналу щодо необхідності проведення штучного переривання вагітності через ВІЛ-статус жінки; або інший приклад, коли в Україні законодавчо недоступні допоміжні репродуктивні технології людям, які живуть з ВІЛ.

Соціальна етика розглядає і регулює суспільні взаємовідносини. Епідемія ВІЛ-інфекції поставила перед суспільством задачі становлення системи первинної профілактики, а також профілактики серед груп ризику. Основною задачею первинної профілактики є зміна поведінки конкретної особистості, але адресована вона або суспільству в цілому або певним групам населення. Успіх первинної профілактики визначається такими умовами:

- 1) усвідомлення на урядовому рівні небезпеки розповсюдження епідемії ВІЛ-інфекції;
- 2) розробка національної стратегії первинної профілактики;
- 3) розробка і фінансування програми профілактики трансмісії ВІЛ від матері дитині;
- 4) фінансування програм лікування, догляду та підтримки хворих;
- 5) впровадження програм зниження шкоди при ін'єкційному вживанні наркотиків та програм замісної терапії.

Отже, ефективність надання допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам залежить не тільки від рівня медичних знань, а й від дотримання медичними працівниками етики та деонтології.

3. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер дякує учасникам за увагу, і пропонує їм поставити запитання стосовно теми інформаційного повідомлення чи поділитися випадками з практики, що демонструють:

- порушення права пацієнта з ВІЛ-інфекцією медичним персоналом;
- чітке дотримання медичним персоналом прав пацієнта з ВІЛ-інфекцією, не зважаючи на обставини.

Тренер акцентує увагу на тому, що пацієнти з ВІЛ-інфекцією мають свої специфічні права, які виникли у відповідь на зовнішні реакції в суспільстві та численні випадки порушення прав ЛЖВ, і в першу чергу, мають забезпечити пацієнтам з ВІЛ захист від стигми та дискримінації при користуванні всіма суспільними послугами, у т.ч. й медичними. Але при цьому не варто забувати й те, що ВІЛ-інфіковані є, в першу чергу, пацієнтами, а тому користуються загальними для всіх правами на медичну допомогу та обслуговування.

Контрольні запитання

- Які вимоги медичної етики по відношенню до ВІЛ-інфікованих?
- Назвіть етичні питання, які виникають у суспільстві у зв'язку із розповсюдженням ВІЛ/СНІДу.
- Назвіть основний принцип, яким мають керуватися медичні працівники в умовах поширення ВІЛ-інфекції в країні.
- За яких умов, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, пацієнту можуть відмовити у наданні медичної допомоги?

Література

1. Методичні рекомендації для практичних занять студентів 5 курсу стоматологічного факультету з проблем ВІЛ-інфекції. – ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – Полтава, 2010.
2. ВІЛ-інфекція в Україні // Інформаційний бюлетень. – К.: Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України, Ін-т епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України, 2015. – №43.
3. Методичні вказівки для самостійної роботи студентів при підготовці до практичного (семінарського) заняття. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. – К., 2012.

ТЕМА 5.2. СТИГМА, ДИСКРИМІНАЦІЯ ТА ТОЛЕРАНТНЕ СТАВЛЕННЯ ДО ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ (2 ГОД.15 ХВ.)

Завдання

1. З'ясувати вплив ВІЛ-інфекції на виникнення стигми, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією.
2. Обговорити з учасниками тренінгу їхній досвід щодо стигматизації.
3. Надати інформацію щодо таких понять як стигма, стигматизація, дискримінація.
4. Проаналізувати причини та наслідки стигматизації людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією.
5. Проінформувати про поняття «толерантність».

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - як ВІЛ-інфекція впливає на виникнення стигматизації;
 - визначення особливостей понять «стигма», «дискримінація»;
 - причини та наслідки стигми, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією;
 - визначення поняття «толерантне ставлення»;
 - як аналізувати ситуації стигматизації, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією.
- Після вивчення теми учасники будуть вміти:
 - дотримуватимуться принципів медичної етики та деонтології;
 - визначати прояви стигми та дискримінації до ЛЖВ під час надання медичної допомоги.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Вправа «Спільні страхи». Робота в малих групах	30 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, скотч
2.	Вправа «Історія»: вплив ВІЛ-інфекції на виникнення стигматизації»	35 хв.	Зображення людей різного віку (дорослих та, обов'язково, дітей), статі, професії, соціального статусу – 3–4 набори по 5 (6) карток (за кількістю малих груп та учасників в них)
3.	Мозковий штурм «Асоціації до слова «стигма»	5 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, скотч
4.	Інформаційне повідомлення «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»	20 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 5.2 «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»
5.	Вправа «Коріння – Листя»: причини та наслідки стигми, пов'язаної з ВІЛ»	15 хв.	Аркуш фліпчарту із зображенням дерева, стікери двох кольорів (для корінців та листочків)

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
6.	Інформаційне повідомлення «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ» (продовження)	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 5.2 «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»
7.	Мозковий штурм «Як ви розумієте поняття «толерантність»?»	5 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, скотч
8.	Презентація «Толерантне ставлення»	10 хв.	Проектор, ноутбук, презентація до теми 5.2 «Толерантне ставлення»
9.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Вправа «Спільні страхи». Робота в малих групах (30 хв.)

Тренер об'єднує учасників у 5 малих груп. Кожна група отримує одне запитання до обговорення. Учасники повинні записати на аркуші відповіді та думки з цього приводу.

Запитання для обговорення

1. Чого можуть боятися ВІЛ-позитивні люди, звертаючись за допомогою до закладів охорони здоров'я?
2. Чого можуть боятися споживачі ін'єкційних наркотиків (далі по тексті – СІН), звертаючись за допомогою до закладів охорони здоров'я?
3. Чого можуть боятися жінки, які надають сексуальні послуги за винагороду, звертаючись за допомогою до закладів охорони здоров'я?
4. Чого можуть боятися чоловіки, які мають секс з чоловіками, звертаючись за допомогою до закладів охорони здоров'я?
5. Чого бояться медичні працівники, надаючи медичні послуги та медичну допомогу людям, які живуть з ВІЛ, та представникам груп найвищого ризику?

Групи мають 10 хвилин, щоб обговорити та записати свої думки. Після цього представники з кожної групи презентують напрацювання.

Всі аркуші фліпчарту з напрацюваннями груп, тренер розташовує на одній стіні таким чином, щоб учасники могли їх бачити.

Тренер проводить обговорення вправи з усіма учасниками за допомогою таких питань:

- Що спільного Ви можете побачити у презентаціях міні-груп різних вірогідних страхів різних груп пацієнтів?
- На Вашу думку, що може впливати на виникнення таких спільних страхів у ЛЖВ, представників груп найвищого ризику та медичних працівників?
- Що є основою страхів у медичних працівників?
- Як виявлені нами страхи медичних працівників впливають на їхню роботу з пацієнтами і на ставлення до таких пацієнтів?
- На які думки Вас наштовхнула ця вправа та наше спільне обговорення?

Тренер дякує учасникам за активну участь в обговоренні, відвертий обмін думками, і резюмує: «Ми бачимо з Вами, що медичні працівники також мають певні страхи відносно пацієнтів, і це так чи інакше негативно впливає як на їхнє ставлення до пацієнтів, так і на якість надання їм медичних послуг. А саме, страхи призводять до стигматизації та дискримінації певних категорій пацієнтів. У свою чергу, пацієнти, з визначених у вправі категорій, в першу чергу бояться саме стигми та дискримінації з боку медичних працівників, і це змушує їх приховувати свій ВІЛ-статус, інші діагнози чи спосіб життя, що може бути суттєвим для ефективного лікування, звертатися за медичною допомогою у виняткових випадках, або взагалі відмовлятися від медичних послуг».

До уваги тренера!

Важливо, щоб тренер звернув увагу учасників на те, що споживачі ін'єкційних наркотиків, чоловіки, які мають секс з чоловіками, або жінки, які надають сексуальні послуги за винагороду, так само відчують страх, пов'язаний із негативним ставленням до них з боку медичних працівників, навіть якщо вони не є ВІЛ-позитивними, оскільки поведінкові практики цих людей піддаються значному осуду в суспільстві.

2. Вправа «Історія»: вплив ВІЛ-інфекції на виникнення стигматизації» (35 хв.)

Тренер звертається до учасників: «Часто люди не усвідомлюють, що їхня поведінка є стигматизуючою щодо інших. Тому усвідомлення особливостей власної поведінки є важливим кроком до змін у самому собі. Наступна вправа допоможе нам дослідити ці процеси».

Тренер об'єднує учасників у 3–4 малі групи. Кожна мала група отримує картки відповідно до кількості учасників із зображеннями різних людей. Одна з карток позначена малопомітною позначкою олівцем на зворотньому боці, наприклад, зірочкою – це ВІЛ-позитивний персонаж. Однак на початку вправи тренер не надає цієї інформації учасникам.

Завдання для малих груп: поєднати персонажів однією історією і розповісти про кожного. Персонажі можуть бути членами однієї родини, можуть жити в одному будинку, можуть працювати разом. Тренер просить учасників абстрагуватися від теми ВІЛ-інфекції, і не вводити героїв із ВІЛ-статусом. Після обговорення кожен учасник розповідає всім учасникам тренінгу про свого героя, відповідаючи на запитання від імені першої особи: «Як мене звати, скільки мені років, який сімейний стан, у яких родинних чи інших стосунках перебуваю з рештою персонажів, чи є діти, де працюю, який соціально-економічний статус, які маю захоплення тощо».

До уваги тренера!

Особливо важливо, щоб тренер спонукав учасників розповідати про стосунки з іншими персонажами.

Після того, як всі групи презентували свої історії та героїв, перегорнувши картки, учасники повинні з'ясувати, хто з персонажів є ВІЛ-позитивним. Потім учасники у малих групах відтворюють заново свої лінії поведінки, ґрунтуючись на попередньому сценарії, але вже знаючи, хто є ВІЛ-позитивний.

Цього разу герої мають відповісти на такі запитання (для ВІЛ-негативних):

1. Чи Ви знаєте, що цей персонаж є ВІЛ-позитивним?
2. Як дізналися про це?
3. Що змінилося у Вашому житті через те, що він/вона є ВІЛ-позитивним?
5. Як змінилося ставлення до цього персонажа?

Запитання для ВІЛ-позитивних персонажів:

1. Як Ви були інфіковані?
2. Як Ви дізналися про свій ВІЛ-статус?
3. Як Ви тепер почуваетесь?
4. Що змінилося у Вашому житті?
5. Як змінилися стосунки з іншими персонажами?

Після ознайомлення з усіма сюжетами відбувається загальне обговорення за такими запитаннями:

- Звідки з'явилися ідеї щодо персонажів другого сюжету? Чи це реальні випадки з життя?
- Чи є типовою поведінка персонажів Вашої групи у випадку, коли хтось стає ВІЛ-позитивним?
- Чи були у сюжетах випадки стигми та дискримінації, пов'язані з ВІЛ-інфекцією? У чому вони проявлялися?

До уваги тренера!

Важливо, щоб тренер у процесі обговорення підвів учасників до усвідомлення того, що створені ними історії, є відображенням реальності, яка існує. І таке ставлення до ВІЛ-позитивних людей є типовим для нашого суспільства. У цих історіях учасники тренінгу зможуть самі побачити зразки стигматизуючої поведінки та дискримінації.

3. Мозковий штурм «Асоціації до слова «стигма»» (5 хв.)

Слово «стигма» не є новим для нас. Але дати визначення цього поняття буває досить складно. Часто можна почути, швидше, емоційно забарвлені асоціації, аніж чітке пояснення значення.

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Які асоціації у вас виникають щодо слова СТИГМА?»

Учасники називають, а тренер фіксує всі їхні вислови на фліпчарті. Після мозкового штурму тренер переходить до інформаційного повідомлення, впродовж якого апелює до напрацьованого учасниками матеріалу.

До уваги тренера!

Важливо зрозуміти, що презентація побудована таким чином, що перша її частина спрямована на розуміння стигми загалом, без накладання її на контекст ВІЛ-інфекції та ЛЖВ. Тому представляючи цей матеріал, важливо звертати увагу учасників на власний досвід переживання стигми, або на той досвід, коли учасники тренінгу були свідками стигматизації інших людей. Багато прикладів стигматизації можна наводити зі шкільного життя. Зокрема, приклади з новачками у класі, рудими дітьми, дітьми в окулярах і, звичайно, з «двійочниками». Це допоможе краще зрозуміти не лише суть «стигми» загалом, але і комплексу всіх переживань, які мають стигматизовані люди. Також на цих прикладах добре демонструвати роль оточення у конструюванні стигми: вчитель, не бажаючи того, може стати тим, хто «конструює» стигму, або, навпаки, руйнує правила, які можуть сформувати стигму.

4. Презентація «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ» (20 хв.)

Коли виникла стигма?

У стародавній Греції термін «стигма» (грец. Stigma – тавро, пляма) вживали для найменування тілесних ознак, які демонстрували щось незвичайне або погане у моральному статусі індивіда.

Знаки, вирізані або випечені на тілі людини, свідчили про те, що їх носій – раб, злочинець, зрадник, тобто людина, яка заплямувала себе ганьбою, той, кого варто уникати, особливо у публічних місцях.

Зараз цей термін широко використовують, однак зазвичай означає не знак на тілі, а вказує на принизливий (ганебний) статус індивіда як такого.

Слайд №2 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Слово «стигма» виникло у Давній Греції, де ізгоям ставили тавро розпаленим залізом, або намічали іншим способом, щоб інші люди могли ідентифікувати їх як таких, що зганьбилися своєю поведінкою.

Що таке стигма?

Вчені визначають стигму як певну негативно оцінену суспільством ознаку, яка визначає статус людини та поведінку оточення стосовно неї.

Стигма є соціально сконструйованим явищем, яке призводить до знецінення людини і має негативний вплив на стигматизовану людину.

Слайд №3 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Традиційно стигму визначають як характерну особливість індивіда, яка значно дискредитує його в очах оточуючих і чітко демонструє, що людина відрізняється від інших. Особистість, яка має стигму, певний знак: вона вже не може ідентифікувати себе із членами суспільства, в якому існує. Важливо, що саме суспільство, оточення людини визначає/конструює, що саме є небажаною ознакою, характеристикою, на основі якої людину принижують.

Типи стигми

- Тілесні вади: різноманітні фізичні відхилення.
- Індивідуальні недоліки характеру, які сприймаються як слабкість волі: вживання наркотиків, гомосексуалізм, спроби самогубства і навіть радикальна політична позиція тощо.
- Вроджена стигма раси, національності та релігії, яка може передаватися у спадок і охоплювати всіх членів родини.

Слайд №4 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Вчені традиційно виокремлюють три типи стигми. По-перше, різноманітні тілесні вади: відсутність якогось органу тіла, функції організму тощо. По-друге, «індивідуальні недоліки характеру» (за І. Гоффманом), які сприймають як слабкість волі, зокрема психічні хвороби, ув'язнення, безробіття, спроби самогубства, вживання наркотиків та алкоголю, гомосексуальність, радикальна політична позиція тощо. Нарешті, є вроджена стигма, яка передається у спадок, і пов'язана з кольором шкіри, віросповіданням, національністю. Така стигма, як правило, охоплює усіх членів родини.

Як виникає стигма?

Суспільство встановлює способи категоризації людей і визначає набір якостей, які вважаються нормальними і природними для кожної категорії.

При зустрічі з незнайомцем перше враження про його зовнішність дає нам змогу віднести його до тієї чи іншої категорії і визначити його якості, тобто «соціальну ідентичність».

(І. Гоффман)

Слайд №5 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

При зустрічі з незнайомцем ми можемо помітити, що він є носієм певної якості, яка відрізняє його від інших людей і є небажаною для нього. Таким чином, у нашій свідомості він перетворюється із цільної особистості на неповноцінну, яка має певні дефекти. Така якість і є «стигмою». Важливо, що йдеться не про всі якості індивіда, а лише про ті, які не відповідають нашим стереотипним уявленням про те, яким має бути цей тип індивіда.

Як працює стигма?

Індивід, який міг би легко брати участь у звичайній соціальній взаємодії, має певну особливість, що нав'язливо привертає до себе увагу і відвертає від нього співрозмовника, обмежуючи тим самим процес спілкування і перекриваючи шлях до інших особливостей цього індивіда.

У нього є стигма, тобто небажана відмінність від того, чого ми очікували.

Слайд №6 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Люди схильні приписувати індивіду велику кількість недосконалостей на основі однієї недосконалості, а правильніше сказати, на основі однієї характеристики/якості, яка визнана суспільством небажаною.

Влучно про роль стигми наголосив Гордон Олпорт, **американський психолог, розробник теорії рис особистості**: «Ярлики діють на нас так само, як пронизливий звук сирени, і ми стаємо глухими до всіх тонких звуків, які у спокійних обставинах обов'язково помітили б». Стигма призводить до того, що людина ідентифікується виключно як носій певних якостей, і в цьому її соціальна небезпека.

Хвороби, які спричиняють стигматизацію

Хворобам, які потенційно піддаються інтенсивній стигматизації, притаманні такі спільні риси:

- людина, яка хворіє, сприймається суспільством як відповідальна/винна за те, що вона хворіє;
- хвороба є прогресуючою та невиліковною;
- суспільство недостатньо обізнане щодо хвороби;
- симптоми складно приховувати чи не можуть бути приховані.

(І. Гоффман та ін.)

Слайд №7 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Американський вчений Ірвін Гоффман, якого вважають класиком теорії стигми, описав характеристики хвороб, що можуть піддаватися стигматизації:

- людина, що хворіє, сприймається суспільством як відповідальна за те, що вона хворіє;
- хвороба є прогресуючою та невиліковною;
- суспільство недостатньо обізнане щодо хвороби;
- симптоми важко приховувати чи не можуть бути приховані.

Очевидно, що ці характеристики можуть бути застосовані й до ВІЛ-інфекції, адже людей, які інфікувалися ВІЛ, суспільство сприймає як відповідальних за свій стан (йдеться про статевий шлях передачі, спільне використання брудного інструментарію для вживання наркотиків); попри існування ефективного підтримуючого лікування, ВІЛ-інфекція залишається невиліковною хворобою; досі рівень знань про ВІЛ у суспільстві залишається невисоким; пізня стадія ВІЛ-інфекції, СНІД, зазвичай негативно позначається на фізичному стані людини.

Вербальні прояви стигми

У повсякденному житті ми використовуємо специфічні терміни для позначення стигми як образного вислову, не замислюючись над їхнім первинним значенням:

- | | |
|------------|--------------|
| • Нарік | • Даун |
| • Каліка | • Шизофреник |
| • Кретин | • Виродок |
| • Виродок | • Селюк |
| • СПІДозні | • Чукча |
| • Зек | • Мажор |
| • Турок | • БОМЖ |

Слайд №8 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Існує багато слів, які люди використовують у повсякденному житті для позначення стигми. При цьому ніхто не замислюється над буквальним значенням слова, яке від початку означало певну принизливу, небажану ознаку або характеристику.

Зовнішня стигма

Стосується конкретних проявів стигми та дискримінації. Це стигма, яка перебуває у площині соціальних стереотипів, упереджень, настанов, міфів суспільства.

Може проявлятися у формах домінації, пригнічення, використання сили та контролю, агресії, категоризації, звинувачення, покарання, осуду, ізоляції, висміювання, образ, уникання.

Це – нетолерантне, нетерпиме ставлення до людей з боку оточення.

Слайд №9 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Виділяють два типи стигми: зовнішню і внутрішню. Зовнішня стигма спрямована зовні на стигматизовану особу, тобто людина стає об'єктом стигматизації з боку інших людей. Зовнішня стигма може проявлятися у різних формах: фізичного насилля, морального приниження, звинувачення, осуду, ігнорування тощо. Іншими словами – це нетолерантне ставлення оточуючих до людини, яка чимось відрізняється від інших.

Внутрішня стигма

Стосується насамперед почуттів сорому, страху, тривоги, депресії, комплексу неповноцінності, особистої вини і страху бути стигматизованим та дискримінованим.

Виникає тоді, коли людина інтерналізує зовнішні реакції до себе.

Слайд №10 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Внутрішня стигма є результатом внутрішніх переживань людини, та формує у нього самосприйняття як носія небажаних якостей. Внутрішня стигма може проявлятися як відчуття власної неповноцінності, безпорадності та призводить до втрати контролю над власним життям і до неможливості встановлювати соціальні контакти. Виникнення внутрішньої стигми провокується ставленням та діями оточення, але, разом з тим, внутрішня стигма посилює зовнішню, адже захисні дії, до яких вдаються ВІЛ-позитивні люди, часто полягають в униканні або самоусуненні (небажанні отримувати медичну допомогу, лікуватися, униканні соціальної активності, близьких стосунків з іншими людьми), що засвідчують результати дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми», що провела ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ».

Прояви внутрішньої стигми

- Відчуття власної вразливості та неповноцінності.
- Спроби довести власні переваги перед іншими представниками стигматизованої групи (що я не такий, «як усі вони »).
- Нездатність будувати відносини з людьми, які не належать до групи.
- Страх дискримінації з боку інших людей, у т.ч. й необґрунтований.
- Негативна думка про людей поза стигматизованою групою.
- Почуття безпорадності, браку контролю над ситуацією.
- Упевненість, що власна думка й інтереси не мають значення, і ні на що вплинути не можуть.

Слайд №11 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Засвоєні «стандарти» суспільства дають змогу людині дуже чітко зрозуміти, що інші вважають недоліком. Сором стає основним почуттям, яке виникає зі сприйняття людиною своїх власних якостей як небажаних, принизливих. Спектр переживань людиною внутрішньої стигми може мати дуже різні прояви: з одного боку, відчуття власної неповноцінності, нездатність будувати відносини з людьми, які не належать до стигматизованої групи, страх дискримінації; з іншого – намагання показати, що я не такий, як інші представники стигматизованої групи. Такі переживання призводять до того, що у людини виникає почуття безпорадності та відсутності контролю над власним життям. У такої людини формується переконання, що власна думка не має жодного значення.

Зазвичай людина переживає зовнішню і внутрішню стигму дуже складно, але найбільш складною є ситуація, коли особистість піддається одночасно і зовнішній, і внутрішній стигматизації, коли негативне сприйняття іншими доповнюється негативним самосприйняттям.

Подвійна стигма

Це поєднання двох чи більше стигм.

Стигма, пов'язана з ВІЛ, часто додається до багатьох вже існуючих стигм, асоційованих із такими маргінальними групами, як гомосексуалісти чи жінки комерційного сексу, і з такими типами поведінки, як споживання ін'єкційних наркотиків та випадковий секс.

Слайд №12 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Часто одна особа поєднує у собі дві стигми. У такому разі йдеться про подвійну стигму, а коли стигм більше двох, то мова йде про множинну стигму (мультистигму). У контексті епідемії ВІЛ-інфекції стигма, пов'язана з ВІЛ, часто до-

дається до вже наявних у людини стигм, зокрема гомосексуальності, вживання наркотиків тощо, і посилює негативне ставлення до людини з боку оточення.

«Свої» для стигматизованих:

- люди з такою самою стигмою можуть надати моральну підтримку, прийняти індивіда як «нормального»;
- люди, чиє розуміння стигматизованих сформувалося в результаті роботи у сфері, пов'язаній з допомогою людям із певною стигмою;
- родичі та близькі стигматизованих людей.

Слайд №13 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Серед «своїх» для стигматизованих осіб виокремлюють декілька груп: люди з такою самою стигмою; люди, які надають їм допомогу та/або постійно і близько спілкуються з ними; родичі та близькі. Разом з тим, стигматизації зазнають не лише особи, які мають певну стигму, а й близькі до них люди. У таких випадках ми можемо говорити про так звану «супроводжуючу стигму». Таку стигму можуть переживати родичі, друзі, близькі люди до стигматизованої особи, оскільки їм часто доводиться долучатися до тих проблем, які переживають стигматизовані люди.

Стигматизація та дискримінація

Стигматизація взаємопов'язана з дискримінацією.

Дискримінація – це негативні вчинки, що спричинені стигмою, і здійснюються з метою девальвації (знецінення) та зниження життєвих можливостей стигматизованої людини.

Стигматизація спричиняє дискримінацію, а та, у свою чергу, зумовлює внутрішню стигму, яка заохочує і підсилює стигматизацію, створюючи, таким чином, замкнене коло.

Слайд №14 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Стигматизація – це негативне ставлення до людини з певною небажаною ознакою, а дискримінація – це певні негативні дії, які є наслідком стигматизації. Стигматизація завжди неухильно призводить до дискримінації, тобто до негативних вчинків, спричинених стигмою. Три терміни – зовнішня стигма, внутрішня стигма та дискримінація – пов'язані між собою, оскільки дискримінація, яку ще часто називають стигматизацією в дії, зумовлює внутрішню стигму, а та, в свою чергу, посилює зовнішню стигму.

Що таке дискримінація?

Дискримінація (лат. discriminatio – розрізнення) визначається як навмисне обмеження прав частини населення, окремих соціальних груп чи індивідів за певною ознакою (раса, вік, стать, національність, релігійні переконання, сексуальна орієнтація, стан здоров'я, вид занять тощо).

Обмеження підкріплене законодавством – це правова дискримінація.

Слайд №15 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Під терміном дискримінація розуміють навмисне обмеження прав частини населення, окремих груп чи індивідів за певною ознакою. У нашому випадку такою ознакою є ВІЛ-інфекція, яка може стати причиною того, що людину звільняють з роботи, не надають належної медичної допомоги, дитину виключають зі школи тощо.

Рівні дискримінації

- **Політичний рівень** – державні структури.
- **Соціальний рівень** – приватні, громадські організації, установи, інші суспільні інституції.
- **Індивідуальний/міжособистісний рівень** – окремі особи.

Слайд №16 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Дискримінація має різні соціальні рівні: політичний (на рівні державних структур), соціальний (на рівні приватних, громадських організацій та установ) та індивідуальний (на рівні окремих осіб).



Слайд №17 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

На різних рівнях дискримінація має свої форми прояву. На політичному рівні – це дискримінаційні закони й політики; на рівні окремих установ – дискримінаційні правила та дії представників цих установ; на індивідуальному рівні – приниження окремими особами, сім'ями. В Україні законодавство з питань ВІЛ/СНІДу не є дискримінаційним, але на практиці воно порушується на рівні діяльності або бездіяльності окремих установ (примусове тестування при прийнятті на роботу, звільнення на підставі позитивного статусу, відмова у медичній допомозі, у прийнятті до школи тощо), а також на індивідуальному рівні (відмова у спілкуванні, догляді тощо).

Досвід стигматизації та дискримінації, яких зазнають ЛЖВ



Слайд №18 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Стигматизація та дискримінація людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, розпочалася з моменту виникнення самої хвороби, тому є важливою проблемою сьогодення, яка зачіпає не лише усі сфери життя ВІЛ-позитивної людини, а й також є перешкодою у подоланні епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Дані досліджень вказують на низький рівень толерантності до ВІЛ-позитивних в українському суспільстві. У 2010 та 2013 рр. ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» проведено два дослідження з метою виявлення рівня стигми та дискримінації ЛЖВ в Україні.

Порівняно з 2010 р. значно поліпшилося ставлення до ЛЖВ з боку соціального оточення. Протягом останніх трьох років загальний рівень стигматизації і дискримінації ЛЖВ через ВІЛ-статус з боку соціального оточення знизився на 11% (з 51% у 2010 р. до 40% у 2013 р.).

Найпоширенішими формами стигматизації ЛЖВ з боку оточуючих протягом останніх 3 років залишаються плітки, а також образи, переслідування або чи погрози в усній формі. Протягом останнього року об'єктом пліток із причин, що включають ВІЛ-статус, ставали понад чверть опитаних ЛЖВ (26%, тоді як у 2010 р. цей показник становив 30%). Другою за поширеністю формою стигматизації/дискримінації ЛЖВ залишаються усні образи, переслідування та погрози з боку інших людей. За останній рік із такими проявами стигматизації стикалися 13% респондентів проти 18% у 2010 р. Таким чином, у спілкуванні з соціальним оточенням стигма проявляється більшою мірою не у фізичному насильстві, а в негативно-емоційному впливі з боку інших людей (плітки, образи, негативні висловлювання тощо), що сприяє формуванню в ЛЖВ доволі сильної внутрішньої стигми.



Слайд №19 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Самостигматизація («внутрішня») стигма зачіпає почуття власної гідності окремої людини. Стигма і дискримінація, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, чинять сильний психологічний вплив на самосвідомість ЛЖВ, у деяких випадках викликаючи в них депресію, занижену самооцінку і відчай. Це підриває і виснажує сили ЛЖВ, змушує їх звинувачувати самих себе в тому, що вони опинилися в такому скрутному становищі. Загальний рівень самостигматизації ЛЖВ через свій ВІЛ-статус протягом останніх 3 років залишається незмінно високим (82%).

Рішення респондентів за останні 12 міс. у зв'язку з ВІЛ-статусом, %



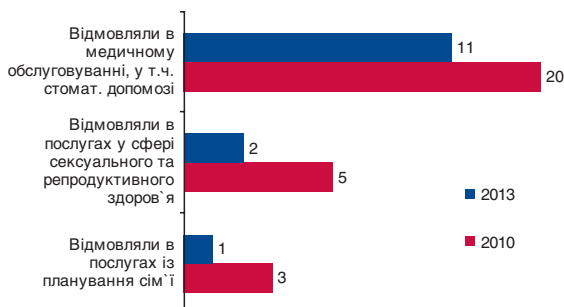
Слайд №20 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Дещо частіше піддаються внутрішній стигмі жінки (85%), ніж чоловіки (78%). Протягом останніх 3 років найпоширенішими проявами внутрішньої стигматизації серед ЛЖВ залишаються:

- самозвинувачення (58%, і цей показник незмінний з 2010 р.);
- відчуття власної провини (46% у 2013 р. проти 47% у 2010 р.);
- занижена самооцінка (46% і 38% відповідно);
- відчуття сорому (41% і 37% відповідно).

Серед самодискримінаційних рішень ЛЖВ найпоширенішими протягом останніх 3 років залишаються: рішення не мати дітей (39% у 2013 р. проти 37% у 2010 р.), не брати шлюб (21% і 20% відповідно), а також уникати відвідування медичних установ (у т.ч. поліклінік – 21% та відмова від госпіталізації – 18%).

Досвід стигматизації та дискримінації, яких зазнають ЛЖВ



Слайд №21 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Окрім цього, 11% опитаних ЛЖВ протягом останнього року стикалися з проявами стигматизації та дискримінації у медичній сфері. Порівняно з даними 2010 р. цей показник зменшився майже вдвічі (у 2010 р. він становив 22%). Найпоширенішою формою стигматизації та дискримінації ЛЖВ у медичній сфері залишається відмова в медичному обслуговуванні, у т.ч. стоматологічній допомозі (11% у 2013 р. проти 20% у 2010 р.). ВІЛ-статус стає причиною обмеження ЛЖВ у доступі до послуг у сфері планування сім'ї, сексуального та репродуктивного здоров'я порівняно рідше (1–2%).

5. Вправа «Коріння-Листя»: причини та наслідки стигми, пов'язаної з ВІЛ» (15 хв.)

Тренер звертається до учасників: «Очевидно, що вплив стигми на ЛЖВ є негативним. Внаслідок стигми та дискримінації права ЛЖВ і людей, яких вважають ЛЖВ, порушуються, що значно посилює негативні наслідки епідемії».

Вправа «Коріння – Листя»

Прощу учасників об'єднатися в 2 групи для виконання вправи

Прощу учасників об'єднатися
в 2 групи
для виконання вправи



Слайд №22 Презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ».

Для виконання вправи «Коріння – листя» тренер формує з учасниками дві (або чотири, в залежності від кількості учасників) групи. Одна (або перша та друга) група отримує завдання вписати причини стигматизації ВІЛ-позитивних людей, а інша (або третя та четверта) – наслідки стигматизації для ЛЖВ.

Для роботи у групах надається 10 хв.

Тренер заздалегідь готує плакат (аркуш фліпчарту), на якому схематично зображує дерево (без листочків, лише контур дерева з гілками). Причини фіксуються на стікерах, з яких формують коріння (1 причина на 1 стікері); наслідки – на зелених стікерах, які формують крону дерева (добре, якщо ці стікери будуть у вигляді листочків). Після обговорень у групах учасники наклеюють свої відповіді та презентують напрацювання груп.

До уваги тренера!

Під час виконання цієї вправи спонукайте учасників шукати не лише ті причини та наслідки, які лежать «на поверхні», а й думати глибше, щоб замислитися над причинами причин і наслідками наслідків. Після виконання вправи та її обговорення викладач переходить до продовження презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ» та аналізує причини та наслідки стигматизації ЛЖВ, апелюючи до тих матеріалів, які напрацювали учасники тренінгу.

6. Інформаційне повідомлення «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ» (продовження) (10 хв.)

Після презентацій напрацювань учасників, і завершення обговорення, тренер продовжує свою презентацію:

Причини стигматизації ЛЖВ (1)

Страх, спричинений відсутністю знань/інформації:

- незнання та нерозуміння хвороби;
- хибні уявлення щодо шляхів передачі інфекції;
- безвідповідальні повідомлення щодо епідемії ВІЛ-інфекції у медіа.

Слайд №23 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Серед головних причин стигми виокремлюють страх інфікування, який у свідомості людей прирівнюється до страху смерті. Страх інфікування у пересічних громадян пов'язаний передусім із недостатніми (або взагалі відсутніми) знаннями щодо шляхів інфікування та профілактики. Натомість міфи щодо ВІЛ-інфекції, які на початку епідемії були розтиражовані ЗМІ, укорінилися у свідомості людей досить глибоко.

Причини стигматизації ЛЖВ (2)

Упередженість до вже стигматизованих груп.

Подвійна стигматизація стосовно таких груп:

- споживачі ін'єкційних наркотиків;
- чоловіки, які мають секс із чоловіками;
- особи, що надають сексуальні послуги за плату.

Слайд №24 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Серед причин стигматизації також виокремлюють упереджене ставлення до уразливих до ВІЛ-інфекції груп, які самі по собі зазнають сильної стигматизації. Йдеться про споживачів наркотиків; осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду; чоловіків, які мають секс із чоловіками.

Причини стигматизації ЛЖВ (3)

Суспільні норми щодо визначення «поганої» поведінки:

- вживання наркотиків;
- сексуальна орієнтація (гомосексуальність, бісексуальність);
- надання сексуальних послуг за плату;
- статеві контакти з декількома партнерами.

Слайд №25 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Стигма, пов'язана з ВІЛ-інфекцією, є складним явищем і посилює негативне ставлення шляхом асоціації ВІЛ-інфекції із уже стигматизованою поведінкою, наприклад, наданням сексуальних послуг за винагороду, споживанням ін'єкційних наркотиків, гомосексуальною поведінкою.

Таким чином, наявні моральні норми формують переконання, що ЛЖВ заслуговують на свій ВІЛ-позитивний статус через «неправильну» поведінку.

Страх бути стигматизованим впливає на намір людини:

- пройти тестування на ВІЛ;
- повідомити про свій статус іншим;
- шукати чи надавати допомогу та підтримку;
- розпочати лікування;
- сформувати прихильність до приймання терапії.

Слайд №26 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Прикладами наслідків стигми є уникнення тестування на ВІЛ-інфекцію як серед уразливих груп, так і серед населення в цілому, уникнення медичної допомоги, приховування свого статусу від інших, відмова практикувати безпечні форми поведінки через страх бути стигматизованим.

Стигма також впливає на лікування, догляд та підтримку ЛЖВ. Звертаючись за лікуванням, людина ризикує зазнати стигматизації та дискримінації і, як наслідок, не отримати послуги чи отримати їх на низькому рівні. Незвернення за допомогою, у свою чергу, призводить до того, що люди не розпочинають вчасно лікування.

Вплив стигматизації на якість життя

Стигма і дискримінація негативно впливають на якість життя людей з ВІЛ.

Якість життя охоплює соціальну захищеність, задовільне фізичне самопочуття, задоволення духовних потреб, задоволення потреб у спілкуванні, психічне благополуччя та реалізацію і саморозвиток особистості.

Слайд №27 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Отже, стигма, пов'язана з ВІЛ-інфекцією, має негативний вплив на психологічний стан стигматизованої людини та на її здоров'я, що загалом призводить до зниження якості життя людини, під яким розуміють соціальну захищеність, задовільне фізичне самопочуття, задоволення духовних потреб, задоволення потреб у спілкуванні, психічне благополуччя та реалізацію і саморозвиток особистості.

Соціальне виключення

Соціально виключені люди – це люди, позбавлені можливості брати участь у загальноприйнятих видах діяльності.

Соціальне виключення породжується тим, що людина не має доступу до загальноприйнятих ресурсів у суспільстві.

Слайд №28 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

У цьому контексті ми можемо говорити про те, що стигма сприяє соціальному виключенню, під яким розуміють часткове чи повне вилучення індивідів чи соціальних груп із соціальної структури суспільства й суспільних процесів; створення умов, які не дають змоги цим індивідам чи групам відігравати в суспільстві значущу роль. Тобто соціально виключені люди – це люди, позбавлені можливості брати участь у загальноприйнятих видах діяльності й не мають доступу до загальноприйнятих ресурсів у суспільстві.

Вплив стигми на людину

- У стигматизованої людини виникає відчуття, що вона не знає, що ж «насправді» думають про неї інші.
- Незначні успіхи сприймаються оточенням як прояви якихось серйозних здібностей.
- Незначні промахи чи випадкові помилки можуть бути проінтерпретовані як прямий вияв стигми.
- Дискомфорт від власної незахищеності.

Слайд №29 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

На індивідуальному рівні стигма та дискримінація призводять до стресу та тривоги, почуттів, які згубно впливають на стан здоров'я. На рівні сім'ї та громади наслідком стигматизації та дискримінації є почуття сорому та провини у ЛЖВ, що змушує людей приховувати свій ВІЛ-статус. Внутрішня стигма часто призводить до депресії, відсторонення, почуття меншовартості.

Вчені описують загальні характеристики впливу стигми на людину. Так, по-перше, людина з певною стигмою (ВІЛ-інфекція, сліпота, глухота тощо) ніколи не може точно знати, як до неї поставляться незнайомі люди, доки не відбудеться контакт із ними. По-друге, стигма іноді проявляється, так би мовити, у позитивній формі, коли людину з певною стигмою намагаються «похвалити» за щось, що для людей без стигми не сприймається як щось надзвичайне. Такі «позитивні» ярлики можуть бути не менш принизливими, ніж стигма очевидної негативної спрямованості. Водночас незначні чи випадкові помилки можуть бути проінтерпретовані як прямий прояв наявної у людини стигми. Все це викликає дискомфорт від власної незахищеності.

Подолання стигматизації

- Надання/отримання правдивої інформації про шляхи передачі ВІЛ та особливості перебігу захворювання.
- Усвідомлення міфів і суспільних норм, які призводять до стигматизації, та їх розвінчування.
- Демонстрація толерантного ставлення до ЛЖВ як зразок «нормальної» поведінки.



Слайд №30 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Зниження рівня стигматизації є необхідним кроком задля ефективної боротьби з епідемією та надання адекватного догляду і підтримки тим, кого стосується ця проблема. Серед шляхів подолання стигматизації насамперед називають надання об'єктивної інформації про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та методи профілактики, розвінчування міфів і суспільних стереотипів, а також демонстрацію толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей як поведінки, що має стати нормою у суспільстві.

7. Мозковий штурм «Як ви розумієте поняття «толерантність»?» (5 хв.)

Поняття «стигма», «стигматизація» та «дискримінація» за своєю суттю є негативними. Толерантність можна розглядати як світоглядну позицію, яка протистоїть цим явищам.

Тренер звертається до учасників із запитанням: «Як ви розумієте поняття «ТОЛЕРАНТНІСТЬ»? Особливо, коли ми говоримо про толерантне ставлення до ВІЛ-позитивних пацієнтів?». Учасники називають, а тренер фіксує всі їхні вислови на фліпчарті.

Після мозкового штурму тренер переходить до інформаційного повідомлення, впродовж якого апелює до напрацьованого учасниками матеріалу.

8. Інформаційне повідомлення «Толерантне ставлення» (10 хв.)

Толерантність – це...

готовність визнавати і приймати поведінку, переконання та погляди інших людей, що відрізняються від власних, навіть у тих випадках, коли Ви не поділяєте цих переконань та поглядів.



Слайд №31 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Толерантність – це цінність і норма громадянського суспільства, яка проявляється у праві всіх громадян бути різними, у повазі до різноманітності культур та цивілізацій, готовності до розуміння та співпраці з людьми, які відрізняються зовні, мають іншу мову, переконання, звичаї та вірування.

Таким чином, бути толерантним означає готовність визнавати і приймати поведінку, переконання та погляди інших людей, які відрізняються від власних, навіть у тих випадках, коли людина не поділяє цих переконань та поглядів. Влучно про це сказала *Маргарет Тетчер*: «Зовсім не обов'язково погоджуватися зі співрозмовником, щоб знайти з ним спільну мову».

Толерантність у дії – це...

- Повага до інших.
- Визнання прав інших.
- Прийняття інших такими, якими вони є.
- Співпраця з іншими на рівних умовах.
- Відмова від домінування та насильства.
- Терпимість до чужих думок, переконань.
- Позитивна лексика.

Слайд №32 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Толерантність, як і стигматизація, проявляється у ставленні та поведінці людей. Толерантна особистість поважає інших, визнає їхнє право бути іншими, приймає людей такими, якими вони є, що, зокрема, проявляється і в толерантній лексиці. Світогляд толерантної людини виражається у тому, що вона здатна співпрацювати з іншими на рівних умовах, відмовляється від домінування, адже усвідомлює, що її думки та погляди не є абсолютом.

Ознаки толерантної людини

- Толерантна людина не ділить світ на «чорних» та «білих», тому готова вислухати та зрозуміти різні точки зору.
- Почуття гумору і вміння посміятися над своїми слабкими сторонами – особлива ознака толерантної людини.
- Почуття толерантності зменшує потребу домінувати і дивитись на людей «зверху».
- Толерантна людина знає і правильно оцінює себе. Її добре ставлення до себе співвідноситься з позитивним та доброзичливим ставленням до інших.

Слайд №33 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Толерантність є однією з важливих умов відшукування компромісів та подолання конфліктів. Толерантній людині властиво не поділяти людей на категорії, групи тощо, тому вона завжди готова зрозуміти іншого. Толерантна людина здатна посміятися над собою і зрозуміти власні слабкі сторони. Толерантна людина не має потреби домінувати, адже, як казав Габріель Гарсія Маркес: «Людина має право подивитися на іншого зверху вниз лише для того, аби допомогти йому встати на ноги». Толерантна людина адекватно оцінює себе, намагається зрозуміти у своїх проблемах, власних перевагах та недоліках.

Тренер дякує учасникам за увагу, надає можливість поставити уточнюючі запитання, якщо такі виникли.

9. Підбиття підсумків (5 хв.)

На завершення тренеру варто провести загальне обговорення інформаційних повідомлень та вправ, які були присвячені темі стигми та дискримінації і толерантному ставленню.

Запитання для обговорення:

1. Які думки у Вас виникли після всіх вправ та презентацій стосовно теми «стигми» та «дискримінації»?
2. Які відкриття Ви зробили для себе? Що нового дізнались?
3. Що саме є головним, на Вашу думку, для людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією та представників ГНР?
4. Що Ви спробуєте робити інакше у ставленні до інших людей?

Контрольні запитання

- Що таке стигма, стигматизація та дискримінація? У чому полягає відмінність між ними?
- Що таке зовнішня та внутрішня стигма? Чим вони відрізняються?
- Що спричиняє виникнення стигми, пов'язаної з ВІЛ?
- Якими є наслідки стигматизації людей, які живуть з ВІЛ?
- Які шляхи протидії стигматизації та дискримінації?
- Що таке толерантність і якими є ознаки толерантної людини?

Література

1. Люди и ВИЧ: Книга для неравнодушных / под ред. Е. Пурик. – К., 2009.
2. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом : метод. посіб. / Т. Семигіна, О. Банас, Н. Венедиктова та ін. – К., 2007.
3. Толстих Н.В. Соціальне виключення в сучасній Україні: спроба оцінки / Н.В. Толстих // Український соціум. – 2003. – №1 (2). – С. 81–85.
4. Стигма, дискримінація и нарушение прав человека в связи с ВИЧ. Информационный бюллетень ЮНЭЙДС [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.unaids.org.
5. Ставлення суспільства до людей, які живуть з ВІЛ. Доступність послуг та права людей, які живуть з ВІЛ в Україні: Результати соціологічного дослідження. – К., 2004.
6. Концептуальная основа и основополагающие принципы деятельности. Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.un.org/russian/events/aids/concept.htm#>.
7. Скворцов Л.В. Толерантность: иллюзия или средство спасения? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.tolerance.ru/review-hist/ill_ili_sredstvo.html.
8. Посібник для проведення тренінгу «Формування толерантного ставлення серед медичних працівників до людей, які живуть з ВІЛ, та представ-

- ників груп найвищого ризику». ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» / О. А. Виноградова, І.В. Раус – К., 2015.
9. Посібник для проведення тренінгу «Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти» : для слухачів курсів підвищення кваліфікації, вчителів усіх педагогічних спеціальностей та вихователів дитячих садків / А.М. Бойко, О.В. Дудіна, Г.О. Притиск та ін. – Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2013. – 120 с.
 10. Попередження стигми та дискримінації у зв'язку з ВІЛ по відношенню до медичних працівників та пацієнтів медичних закладів. Керівництво для викладачів і матеріали для учасників тренінгів. Міжнародна організація праці, Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД, 2012.
 11. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми». – ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ». – К., 2014.

ТЕМА 5.3. ШЛЯХИ ЗМЕНШЕННЯ СТИГМИ ТА ДИСКРИМІНАЦІЇ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З ВІЛ, ДО ПРЕДСТАВНИКІВ ГРУП НАЙВИЩОГО РИЗИКУ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ (45 ХВ.)

Завдання

1. З'ясувати, як змінилось ставлення до ВІЛ-позитивних пацієнтів в учасників групи.
2. Напрацювати ідеї та визначити конкретні дії, які окремо кожен учасник може робити на своєму робочому місці для подолання стигми та дискримінації до ЛЖВ та представників ГНР.
3. Сприяти усвідомленню учасниками персональної та професійної відповідальності за свої дії відносно пацієнтів з ВІЛ.

Очікувані результати для учасників

- Після вивчення теми учасники будуть знати:
 - що кожен учасник персонально може робити для зменшення проявів стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією, у закладі, де працює;
 - способи поширення інформації про недопущення стигматизації та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією, серед колег на своєму робочому місці.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1.	Вправа «Мішок ідей»	25 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, скотч, стікери
2.	Мозковий штурм «Фактори зменшення стигматизації та дискримінації»	15 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, скотч
3.	Підбиття підсумків	5 хв.	

1. Вправа «Мішок ідей» (25 хв.)

Тренер роздає кожному учаснику до 5 стікерів і просить їх протягом 5 хв. продумати та написати на стікерах ті ідеї, дії та наміри (на 1 стікері – 1 ідея, дія чи намір), які після тренінгу:

- кожен може втілити на своєму робочому місці для зменшення стигми та дискримінації, підвищення толерантності щодо ВІЛ-позитивних пацієнтів та представників груп найвищого ризику;
- що може зробити кожен для зменшення стигми та дискримінації, підвищення толерантності до ЛЖВ та представників уразливих до ВІЛ-інфекції груп у своєму закладі;
- які заходи чи ініціативи можуть бути впроваджені для покращення ставлення з боку колег до пацієнтів з ВІЛ?

Тренер заздалегідь готує на фліпчарті схематичний малюнок великого порожнього мішка, і по завершенню часу, відведеного на індивідуальну роботу, запрошує учасників до обміну думками.

Тренер звертається до учасників:

«Я пропоную Вам створити «Мішок ідей», які ми зараз з Вами наповнено думками та ідеями щодо того, як можна на робочому місці підвищувати толерантність до пацієнтів та знижувати прояви стигми та дискримінації по відношенню до них. Прошу по колу озвучувати по одному стікеру та кріпити їх в середину нашого «мішечка».

Тренер просить учасників не повторювати ідеї, які вже озвучували колеги, і, в такому випадку, зачитувати наступний стікер: з новою ідеєю та пропозицією. Ідеї можуть виникати і в ході роботи, тоді тренер просить учасника записати їх на новому стікері та розмістити в «мішечку».

До уваги тренера!

Тренеру варто зауважити, що ідеї і думки мають бути практичними, реалістичними та конкретними. Такими, щоб їх можна було втілити у життя.

Тренер має спонукати учасників брати відповідальність на себе за власну поведінку та ставлення до пацієнтів з ВІЛ і представників груп найвищого ризику.

Тренер має пам'ятати, що мета вправи – наповнити «мішок» якомога більшою кількістю реальних дій, які можна взяти собі у практику поведінки медичного працівника або запровадити на рівні закладу.

Коли «мішок» наповниться стікерами, тренер подякує учасникам за активну творчу, відповідальну роботу. Тренер повинен акцентувати увагу учасників на тому, що цей «Мішок ідей» кожен учасник може «взяти» з собою та використовувати, змінюючи таким чином ставлення до ВІЛ-позитивних пацієнтів на толерантне та недискримінаційне. Важливо, щоб учасники зрозуміли, що їхня поведінка та ставлення до пацієнтів є також орієнтиром для їхніх колег.

2. Мозковий штурм «Фактори зменшення стигматизації та дискримінації» (15 хв.)

Тренер просить учасників поміркувати над попередніми напрацюваннями та визначити фактори зменшення стигматизації і дискримінації ЛЖВ, а також представників груп найвищого ризику.

До уваги тренера!

Список факторів може бути таким:

- *високий рівень обізнаності щодо проблеми ВІЛ-інфекції;*
- *високий рівень обізнаності щодо способів протидії стигматизації та дискримінації пацієнтів;*
- *усвідомлено прийняте рішення протидіяти вказаним явищам на своєму робочому місці, у закладі, серед колег тощо;*
- *чітке дотримання норм права та прав пацієнтів загалом тощо.*

У підсумку тренер має сприяти усвідомленню учасниками того, що протидія стигматизації та дискримінації – це дії, які не вимагають багато зусиль чи додаткових ресурсів, а залежать від кожного конкретного спеціаліста.

3. Підбиття підсумків (5 хв.)

Тренер надає можливість поставити запитання учасникам, якщо такі виникли, і просить кожного по черзі дати відгук або поділитися своїми враженнями від циклу ТУ в цілому:

- що було для Вас цінним?
- про що Ви дізнались вперше?
- які думки у Вас виникли наприкінці нашої спільної роботи?
- що тепер Ви точно будете робити по-іншому?

Контрольні запитання

- Перерахуйте основні фактори, які впливають на зменшення стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією?
- Які основні шляхи протидії стигматизації та дискримінації існують?
- Що необхідно посилити для дієвої протидії стигматизації та дискримінації ЛЖВ?

Література

1. Посібник для проведення тренінгу «Формування толерантного ставлення серед медичних працівників до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп найвищого ризику». ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» / О.А. Виноградова, І.В. Раус – К., 2015.
2. Попередження стигми та дискримінації у зв'язку з ВІЛ по відношенню до медичних працівників та пацієнтів медичних закладів : кер-во для викладачів і матеріали для учасників тренінгів. – Міжнародна організація праці, Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД, 2012.
3. Посібник для проведення тренінгу «Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти» : для слухачів курсів підвищення кваліфікації, вчителів усіх педагогічних спеціальностей та вихователів дитячих садків / А.М. Бойко, О.В. Дудіна, Г.О. Притиск та ін. – Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2013. – 120 с.

ВИХІДНЕ АНКЕТУВАННЯ. ВРУЧЕННЯ СЕРТИФІКАТІВ (45 ХВ.)

Завдання

1. Підвести підсумки циклу ТУ.
2. Систематизувати отримані знання та навички.
3. Вручити сертифікати учасникам про успішне завершення циклу ТУ.

Очікувані результати для учасників

- По завершенню учасники зможуть оцінити рівень власної обізнаності щодо тематики циклу ТУ.

Структура викладання теми

№ з/п	Вид роботи	Орієнтовна тривалість	Необхідні матеріали
1	Індивідуальна робота «Вихідне анкетування»	25 хв.	Анкети, ручки
2	Підбиття підсумків	10 хв.	Фліпчарт або дошка, папір для фліпчарту, маркери, стікери
3	Вручення сертифікатів	10 хв.	Сертифікати

1. Індивідуальна робота «Вихідне анкетування» (25 хв.)

Тренер роздає кожному учаснику групи вихідну анкету та просить уважно прочитати поставлені запитання та обрати один із запропонованих варіантів відповіді.

На виконання даного завдання учасники отримують 25 хв.

По завершенні визначеного часу тренер дякує учасникам за роботу та збирає анкети. Анкети, які учасники заповнювали на початку та в кінці циклу ТУ, є абсолютно однаковими, що створює можливість провести оцінку якості знань учасників до навчання та після нього.

2. Підбиття підсумків (10 хв.)

Тренер просить пригадати учасників, які запитання на стікерах (очікування) вони писали до початку циклу ТУ. Роздає учасникам стікери іншого кольору та просить зафіксувати на них, чи отримали вони відповідь на своє запитання та що, особисто для них, було найбільш значущим і корисним під час вивчення тем циклу.

Коли учасники зробили записи, тренер пропонує кожному зачитати та приклеїти стікер на аркуш фліпчарту, на якому намальована валіза, як символ багажу знань та професійної майстерності учасників.

3. Вручення сертифікатів (10 хв.)

Тренер дякує учасникам за участь, і підводить підсумки циклу ТУ, акцентуючи увагу на тому, що знання отримані під час циклу обов'язково будуть використані у практиці учасників.

Після цього вручає сертифікати учасникам, викликаючи кожного під оплески.

Анонімне консультування та тестування	– консультування та тестування без визначення відомостей щодо ідентифікації особи (паспортні дані: прізвище, ім'я, по батькові; дата народження; місце проживання, роботи або навчання тощо).
Ангулярний хейліт	– тріщини і заїди в кутах рота, непов'язані з дефіцитом заліза або вітамінів, які піддаються лікуванню протигрибковими препаратами.
АРВ-препарати	– антиретровірусні препарати.
Антиретровірусна терапія	– обов'язкова складова комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, ефективна АРТ призводить до суттєвого зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Метою АРТ є максимальне пригнічення реплікації ВІЛ, відновлення функції імунної системи, продовження та підвищення якості життя ВІЛ-інфікованих, попередження розвитку СНІД-асоційованих захворювань та передачі ВІЛ. АРТ – це позитивне лікування.
Бактеріальна пневмонія	– найчастіша респіраторна інфекція у ВІЛ-інфікованих. БП реєструється у ВІЛ-інфікованих пацієнтів у 150–300 разів частіше у порівнянні з неінфікованими пацієнтами.
Безсимптомна стадія ВІЛ	– відсутність будь-яких симптомів при обстеженні.
Вертикальна трансмісія ВІЛ	– передача ВІЛ-інфекції від матері до дитини (ПМД) під час вагітності, пологів та грудного вигодовування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.
ВІЛ	– це вірус імунодефіциту людини.
ВІЛ-асоційована енцефалопатія	– ураження ЦНС, обумовлене ВІЛ-інфекцією. Спочатку з'являються когнітивні (апатія, зниження пам'яті, уповільнення мислення, депресія), а потім і рухові порушення (порушення ходи і координації рухів кистей рук). МРТ демонструє збільшення шлуночків, великих ділянок з підвищеною інтенсивністю сигналу в білій речовині ГМ.

ВІЛ-асоційована кардіоміопатія	– ураження кардіоміоцитів, обумовлене ВІЛ-інфекцією. Може проявлятися у вигляді дилатаційної кардіоміопатії, легеневої гіпертензії, дисфункції лівого шлуночка та ін. Підтвердження: на ЕХО-КГ ознаки кардіомегалії та/або лівошлуночкової недостатності при виключенні інших причин.
ВІЛ-асоційована нефропатія	– ураження нирок, обумовлене ВІЛ-інфекцією. Проявляється у вигляді електролітних порушень, гематурії, протеїнурії, лейкоцитурії. Підтвердження діагнозу: ЗАК з мікроскопією осаду, біопсія нирки.
ВІЛ-асоційовані зляжкісні новоутворення	– лімфома головного мозку, інвазивний рак шийки матки, карцинома прямої кишки.
ВІЛ-інфекція	– захворювання, що виникає внаслідок інфікування ВІЛ та має різні етапи розвитку: від носійства до клінічно виражених форм.
ВІЛ-інфікована особа	– особа, в організмі якої виявлено ВІЛ, але яка перебуває у стані безсимптомного носійства ВІЛ.
ВІЛ-статус особи	– стан організму особи стосовно відсутності чи наявності в ньому ВІЛ: негативний ВІЛ-статус особи характеризується відсутністю в її організмі ВІЛ, позитивний ВІЛ-статус особи характеризується наявністю в її організмі ВІЛ.
Віріони	– це сферичні частинки (100 нм), в структурі яких розрізняють нуклеокапсид і оболонку (суперкапсид).
Вірусологічна невдача АРТ	– нездатність досягти зменшення вірусного навантаження до невизначального рівня (нижче 50 копій/мл) через 24 тижня від початку або модифікації лікування.
Вісцеральний лейшманіоз	– тривала гектична лихоманка, резистентна до дії неспецифічної антибактеріальної терапії, гепатоспленомегалія, прогресуюча кахексія, анемія, лейко- і тромбоцитопенія. Підтвердження: гістологічне дослідження (виявлення амастиготи) або культуральне дослідження відповідного зразка тканини або рідини.

Волосиста лейкоплакія язика	– густі білясті лінійні чи складчасті ураження бокової поверхні язика, які не знімаються при шкребінні.
Гіперпластичний кандидоз	– зміни на слизовій оболонці білого кольору, які неможливо видалити, проте вони добре піддаються лікуванню.
Гістоплазмоз	– виникає при СД4 менше 100 кл розвивається гостре загрозове життю захворювання із сухим кашлем, лихоманкою, задишкою, слабкістю. Диференційований діагноз – міліарний туберкульоз, пневмоцистна пневмонія. Інформативний метод діагностики – виявлення антигену в крові.
Гострий некротизуючий виразковий стоматит, гінгівіт або періодонтит	– виражено болючі виразкові елементи ясен, хиткість зубів, спонтанні кровотечі.
Гострий ретровірусний синдром	– розвивається у 50–80% пацієнтів, від 2-х тижнів до 3-х місяців з моменту зараження. У хворого в цей період можна спостерігати такі клінічні симптоми: лихоманка, лімфаденопатія, фарингіт, висипка, міалгії та артралгії, діарея, головний біль, нудота та блювота, гепатоспленомегалія, втрата ваги, кандидоз та неврологічні симптоми.
Грибкові ураження нігтів	– помутніння, особливо проксимальної частини нігтьової пластинки, стоншення і відшарування нігтя від нігтьового ложа, а також пароніхія (болюча гіперемія нігтьового ложа).
Групове консультування/інформування	– добровільне передтестове консультування, яке проводять для групи осіб, які мають загальну мету тестування (особи, що обстежуються для отримання довідки; вагітні тощо) з метою їх інформування про шляхи передачі ВІЛ, ризику інфікування, процедуру тестування та навчання профілактичним заходам.
Дискримінація	– це певні негативні дії, які є наслідком стигматизації. Навмисне обмеження прав частини населення, окремих груп чи індивідів за певною ознакою.
Добровільна згода	– рішення про проходження тесту на ВІЛ-інфекцію, прийняте пацієнтом за умови виключення будь-якого примусу.

Збудники ВІЛ	– віруси імунодефіциту людини 1-го, 2-го типів (ВІЛ-1, ВІЛ-2), належать до сімейства ретровірусів (Retrovirus), підроддини повільних вірусів (Lentivirus).
Інформована згода	– згода на тестування, надана пацієнтом, який був у змозі прийняти усвідомлене рішення, після отримання (під час передтестового консультування у зрозумілій для нього формі) інформації про мету та процедуру тестування, шляхи передачі ВІЛ, заходи профілактики та наслідки виявлення ВІЛ-інфекції.
Ізоспороз	– протозійне антропонозне захворювання. Основний механізм інфікування – фекально-оральний. Ізоспори вражають епітелій кишківника, ворсинки епітелію атрофуються, утворюється ексудат, відбувається гіперплазія крипт і метаплазія ентероцитів.
Імуноблот	– метод дослідження, за допомогою якого здійснюють виявлення антитіл до окремих антигенів вірусу імунодефіциту людини, заснований на комбінації електрофорезу в гелі та реакції антиген-антитіло.
Імунологічна невдача	– це нездатність підвищити рівень CD4-лімфоцитів більш ніж на 50 кл./мкл протягом першого року АРТ за умови максимального пригнічення реплікації вірусу.
Імуноферментний аналіз (ІФА)	– це метод серологічної діагностики, спрямованим на визначення антитіл до ВІЛ за допомогою діагностичних тест-систем – спеціальних наборів реактивів для виявлення маркерів інфекції.
Інвазивний рак шийки матки	– викликається папілломовірусом людини. Діагноз ставлять на підставі: цитодіагностики (атипові клітини в мазках із зовнішнього зіву і зовнішньої третини цервікального каналу); кольпоскопії; гістологічного дослідження.
Інгібітор інтегрази	– бере участь у вбудовуванні провірусної ДНК в геном клітини-господаря.
Інгібітори корецепторів	– спрямовані на блокування зв'язування ВІЛ з корецептором.

Інгібітори протеази	– дія спрямована на блокування ферменту ВІЛ-протеази. На сьогодні схвалено до застосування 10 ІП: саквінавір, ритонавір, індинавір, нелфінавір, ампренавір, лопінавір, атазанавір, фосампренавір, тіранавір, дарунавір, із них SQV, APV, NFV вилучені із сучасних схем та RTV не застосовують в терапевтичних дозах, а в якості «бустера» в дозуванні 100 мг х 2 р/доб.
Кандидоз	– грибкова інфекція, яка в переважній більшості випадків, уражена дріжджеподібними грибами виду Candida. Проявляється лихоманкою і симптомами з боку ураженого органу (частіше кандидоз стравоходу: біль за грудиною, утруднення, біль при проходженні їжі по стравоходу в поєднанні з кандидозом порожнини рота). Підтвердження: виділення культури грибів з крові, ФГДС, ФБС (гістологічне дослідження біоптатів).
Карцинома прямої кишки	– клінічні прояви: зміна частоти дефекації (пронос/запор), болі в животі, кров у калі, нудота і блювання, втрата ваги. Підтвердження: ректороманоскопія з біопсією пухлини обов'язкове для верифікації діагнозу.
Клінічна невдача	– поява (реактивація) опортуністичної інфекції, іншого, пов'язаного з ВІЛ-інфекцією, захворювання або стану (виключивши синдром відновлення імунної системи – СВІС).
Кокцидіомікоз	– первинна інфекція, яка розвивається в легенях при вдиханні спор збудника. Симптоми: лихоманка, кашель, біль у грудній клітці, нездужання, при СД4 менше 200 кл відбувається дисемінація збудника. Найчастіше виникає хронічний менінгоенцефаліт. Підтвердження: виділення культури грибів з крові або інших біологічних рідин, гістологічне дослідження біопсійного матеріалу легеневої тканини.
Консультант	– працівник державного, комунального закладу охорони здоров'я, інших державних чи комунальних установ, організації або закладу, медичного закладу іншої форми власності, представник об'єднання громадян, який після відповідної підготовки може проводити консультування перед та після тесту на ВІЛ.

Консультування та тестування на ВІЛ	– ключовий компонент профілактики та здійснення лікування і догляду за хворими на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол) затверджений наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
Криптококовий менінгіт	– лихоманка, дуже сильний головний біль, блювота, порушення свідомості, рідше симптоми ураження черепних нервів, епіпріступи, менінгіальні знаки слабо виражені. Діагностика: СМП з діагностичною та лікувальною метою (ліквор серозний або гнійний, зазвичай цитоз незначний до 100–200 кл). Криптококи виявляються в мазку СМЖ при контрастуванні тушшю. Остаточний діагноз: виявлення антигену в СМЖ або виділення культури збудника з СМЖ.
Криптококоз	– інфекційне захворювання, збудником якого є дріжджеподібний грибок роду <i>Cryptococcus</i> . У хворих на СНІД виділяється здебільшого <i>C. neoformans</i> та <i>var. neoformans</i> .
Криптоспоридіоз	– одна з найчастіших протозойних кишкових інфекцій у хворих на СНІД. Викликається <i>C. hominis</i> , <i>C. parvum</i> , <i>C. meleagridis</i> , <i>C. canis</i> , <i>C. felis</i> , <i>C. muris</i> . Перебігає в гастроінтестинальній формі з порушенням всмоктуючої функції кишківника і набуває тяжкої форми з тривалим перебігом. Можна спостерігати високу температуру, нудоту, блювоту, водянисті «холероподібні» випорожнення до 20 разів на добу з болями в животі. Прогресуюча діарея з великою втратою рідини призводить до схуднення. На тлі важкого імунодефіциту (СД4 менше 50/мкл) діарея має загрозливий характер внаслідок розвитку смертельного зневоднення. Можуть уражатись жовчний міхур, жовчовивідні шляхи, легені.
Люди, які живуть з ВІЛ	– ВІЛ-інфіковані особи та особи, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ.
Медична етика	– це сукупність норм поведінки та моралі медичних працівників.

Молочниця	– найрозповсюдженіша форма ураження слизових оболонок. Притаманна поява білих кремоподібних бляшок на гіперемованій слизовій оболонці піднебіння, щік або язика.
Мультидисциплінарна команда (МДК)	– форма організації роботи соціальних, медичних та інших службах, коли експерти з різних галузей знань працюють скоординовано над наданням послуг одному й тому самому клієнту.
Несерйозні побічні реакції	– будь-які побічні реакції, які не відповідають визначенню «серйозної» побічної реакції.
Несприятливі ефекти	– будь-які негативні зміни у стані пацієнта на підставі скарг, результатів фізикального, лабораторного, інструментального обстеження під час прийому лікарського(-их) засобу(-ів), незалежно від того, чи є підозра на причинний зв'язок з призначеною терапією чи ні.
Нетуберкульозна мікобактеріальна інфекція	– лихоманка, втрата ваги, нічна пітливість, діарея, слабкість. Підтвердження: виділення атипичних мікобактерій у випорожненнях, крові, біологічних рідинах, тканинах, крім легенів.
Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази	– проліки, які перетворюються в активні метаболіти тільки після ендоцитозу, де і відбувається фосфорилування до трифосфатних похідних.
Нуклеокапсид	– серцевина вірусу ВІЛ.
Оперізувальний лишай	– везикулярний висип по ходу нервових стовбурів, який не перетинає серединну лінію, супроводжується больовим синдромом.
Орофарингеальний кандидоз	– одна з найбільш розповсюджених грибкових інфекцій (зустрічається у 40–60% хворих), характеризується виявленням білого нальоту на язичку, яснах, мигдалинах, язик набряклий, гіперемований, часто розвивається хейліт (запалення слизової губ). Розрізняють псевдомембранозний, атрофічний, хронічний гіперпластичний кандидоз, ангулярний хейліт.

Паліативна допомога	– вид медичної допомоги, спрямований на покращення якості життя пацієнтів і членів їх родин (сімей), які стикаються з проблемами невиліковної хвороби. Паліативна допомога зосереджена на профілактиці і зменшенні страждань, що виникають на тлі прогресуючого захворювання.
Папульозний сверблячий дерматит	– сверблячі папульозні ураження шкіри з післязапальною пігментацією.
Парентеральний шлях інфікування ВІЛ	– передача ВІЛ при переливанні інфікованої крові та її препаратів, використанні забрудненого ВІЛ-інфекцією медичного інструментарію та/або розчинів, у тому числі при ін'єкційному споживанні наркотиків, татуванні, трансплантації органів ВІЛ-інфікованого донора тощо.
Передтестове консультування	– консультування перед проходженням тесту на ВІЛ.
Післятестове консультування	– консультування після отримання результату тесту на ВІЛ.
Планування вагітності	– види діяльності, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів, визначати кількість дітей в сім'ї. Включає в себе інформацію про шляхи досягнення цих цілей, забезпечення свідомого вибору, можливість скористатися всім спектром безпечних та ефективних методів.
Пневмоцистна пневмонія	– небезпечна для життя форма пневмонії, яка виникає у людей з ослабленою імунною системою. Одна з поширених опортуністичних інфекцій у ВІЛ-інфікованих осіб. Класична клінічна триада симптомів: сухий кашель, субфебрильна температура тіла і наростаюча задишка. Рентгенологічна картина неспецифічна. Підтвердження: виявлення цист <i>Pneumocystis jirovecii</i> в мокроті або чи аспіраті при бронхо-альвеолярному лаважі.

Пневмоцистоз	– латентна респіраторна грибова інфекція, яка у імуноскомпрометованих осіб перебігає з тяжкою дихальною недостатністю, є причиною летальних наслідків у 65–85% хворих на СНІД та відноситься до найбільш складних СНІД-індикаторних інфекцій.
Побічна реакція лікарського засобу	– будь-яка передбачувана чи непередбачувана (небажана) та шкідлива для організму людини реакція, яка виникла при застосуванні препарату у звичайних дозах з метою профілактики, лікування, діагностики захворювання.
Полімеразна ланцюгова реакція	– метод лабораторної діагностики, в основі якого лежить унікальна властивість НК (як ДНК, так і РНК) – здатність до саморепродукції, яка відтворюється штучно in vitro. При цьому синтезуються виключно лише специфічні фрагменти НК. Цей метод дозволяє виявити генوم ВІЛ, вбудований в геном уражених лімфоцитів. З лімфоцитів, інфікованих ВІЛ, отримують фракцію, що містить РНК (у тому числі РНК вірусу). Потім за допомогою ферменту термостабільної ДНК-полімерази готують численні молекули ДНК-копії, що дозволяє істотно підвищити чутливість методу. Отриману одноланцюгову ДНК сорбують на спеціальних фільтрах, після чого додають ДНК-зонди.
Постконтактна профілактика	– короткостроковий курс антиретровірусного лікування, метою якого є зниження вірогідності інфікування ВІЛ-інфекцією особи, яка зазнала підвищеного ризику такого інфікування.
Принципи ДКТ	– обов'язкові мінімальні вимоги до процедури консультування і тестування, що передбачають: конфіденційність, добровільність, анонімність, доступність та відсутність дискримінації, достовірність та повнота інформації, професійна та технічна досконалість.
Прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія	– розлади мислення, зниження зору, випадання полів зору, геміпарези, порушення мови, зниження координації рухів. Підтвердження: МРТ (вогнища зниженої щільності, які не контрастуються, в білій речовині ГМ), ліквор на JC-вірус методом ПЛР.

Резистентність	– зниження чутливості ВІЛ щодо дії лікарських засобів (АРТ).
Рецидивуючий афтозний стоматит	– афтозні ураження, вкриті жовто-сірим нальотом, болючі, з віночком гіперемії.
Саркома Капоші	– новоутворення ендотеліальних клітин, частіше всього розвивається у хворих на ВІЛ/СНІД чоловіків (є опортуністичним захворюванням). На відміну від саркоми неендемичного характеру, вражає осіб молодого віку і має прогресуючий характер. Етіологічним чинником є вірус герпесу 8 типу.
Себорейний дерматит	– свербіння і лущення шкіри, особливо волосистої частини голови та обличчя, верхньої частини грудної клітки, в паху.
Серйозні побічні реакції	– реакції, які сталися при застосуванні лікарського засобу, що становлять загрозу для життя пацієнта; призвели до втрати працездатності; потребують госпіталізації чи продовження її термінів; призводять до смерті; викликають розвиток новоутворень; викликають вроджені аномалії розвитку.
Серологічне вікно при ВІЛ-інфекції	– відсутність в початковому періоді захворювання в організмі ВІЛ-інфікованого специфічних антитіл, як наслідок, можуть визначатися хибнонегативні результати серологічного дослідження.
Синдром відновлення імунної системи	– характеризується запальною відповіддю на фоні інфекції або іншого захворювання, що розвивається після початку АРТ або заміни схеми АРТ на активнішу.
Скринінг	– методологічний підхід, який застосовують для обстеження населення чи окремих його контингентів для виявлення певного захворювання, його розповсюдженості та факторів, що сприяють виникненню та розвитку епідемічного процесу.
СНІД	– синдром набутого імунного дефіциту, заключна стадія ВІЛ-інфекції, яка характеризується розвитком опортуністичних інфекцій та онкологічних захворювань.

Статевий шлях інфікування ВІЛ	– інфікування ВІЛ при незахищених (без презервативу або при неправильному застосуванні презервативу) проникаючі анальні, вагінальні та оральні контакти.
Стигма	– характерна особливість індивіда, яка значно дискредитує його в очах оточуючих, і чітко демонструє, що людина відрізняється від інших.
Стигматизація	– негативне ставлення до людини з певною небажаною ознакою.
Токсоплазмоз	– протозойна зоонозна інфекція з досить складним життєвим циклом збудника (<i>Toxoplasma gondii</i>). Остаточний господар – представники сімейства котячих; інфікування людини може відбуватися аліментарним шляхом, через пошкоджену шкіру і внутрішньоутробно (трансплацентарно).
Толерантність	– цінність і норма громадянського суспільства, яка проявляється у праві всіх громадян бути різними, у повазі до різноманітності культур та цивілізацій, готовності до розуміння та співпраці з людьми, які відрізняються зовні, мають іншу мову, переконання, звичаї та вірування.
Туберкульоз	– інфекційне захворювання, спричинене різноманітними штамми мікобактерій, частіше за все <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , яке уражає легені, також може впливати на інші частини тіла. В контексті ВІЛ розглядається, як ко-інфекція.
Хронічна або персистуюча інфекція, викликана вірусом простого герпесу	– носогубна, генітальна або аноректальна локалізація тривалістю більше 1 міс. або вісцеральні ураження будь-якої локалізації, частіше менінгоенцефаліт. Підтвердження: вірусологічний метод, ПЛР.
Хронічний ізоспороз	– протозойна кишкова інфекція. Клініка: діарея, нудота, блювання, спастичний біль у животі, анорексія, лихоманка, тривалість більше 1 міс. Підтвердження: виявлення ізоспор в калі.

Цитомегаловірусна інфекція	– викликана ВГЛ-5, виявляється у 20–40% ВІЛ-інфікованих та є безпосередньою причиною смерті кожного п'ятого з них. Клінічна картина її поліморфна, часто не має специфічних рис і перебігає під маскою інших захворювань. Вірус проникає в організм через верхні відділи респіраторного тракту та слинні залози і зберігається в ньому протягом всього життя, виділяючись з сечею та слиною.
Цитомегаловірусний коліт	– сильні болі в животі, лихоманка, діарея, зниження ваги. Діагностика: ректороманоскопія (підслизові геморагії, дифузні виразки слизової), кров на ДНК ЦМВ методом ПЛР.
Цитомегаловірусний хоріоретиніт	– ураження одного ока, при прогресуванні процесу може залучатися і друге око (нечіткі обриси предметів, зниження зору, поява плаваючих плям, «мурашок» перед очима). Нехарактерні: біль в оці, печіння, сльозотеча, подразнення кон'юнктиви. При огляді очного дна: білуваті ексудати з чіткими контурами, уздовж кровоносних судин, крововиливу або некрози. Підтвердження: кров на ДНК ЦМВ методом ПЛР.
Швидкі/прості тести для виявлення антитіл до ВІЛ	– діагностичні набори (тест-системи), застосування яких дозволяє отримати кінцевий результат без використання спеціального обладнання для проведення ІФА за дуже короткий термін – від декількох хвилин до години.
Ятрогенія	– різновид психогенії, що виникає внаслідок спілкування з лікарем чи середнім медичним персоналом, коли вони нехтують правилами деонтології, необережно висловлюються з приводу страждання хворого. Розвивається цей симптом у напрямку іпохондрії, іпохондричного синдрому.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми». – ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ». – К., 2014.
2. Базові питання добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію: навч. посіб. для лікарів / за ред. Дзюблик І. В. – К., 2007. – 173 с.
3. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галант, П. Фал. – М. : Р. Валент, 2012. – 528 с.
4. Вікторов О.П. Безпека лікарських засобів. Керівництво по фармаконагляду / О.П. Вікторов, В.І. Мальцев. – К., 2007.
5. ВІЛ-інфекція/СНІД / Москалюк В. Д., Меленко С. – Чернівці: Видавництво Буковинського державного медичного університету, 2012. – 190 с.
6. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюллетень. – №43. – К. – 2015.
7. Гепатит В и ВИЧ-инфекция. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ // WHO. – 2011. – 33 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://hivlife.info/files/WHO_Europ_clinical_protocols_7_2012.pdf
8. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ. В помощь консультанту. – К. : Друкарня «Стиль SV», 2008. – 104 с.
9. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДА, 2013 г. // UNAIDS. – 2013. – 296 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr20-13/UNAIDS_Global_Report_2013_ru.pdf.
10. Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. // WHO. – 2011. – 80 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_ru.pdf
11. Клиническая иммунология и аллергология / Дранник Г. Н. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 604 с.
12. Концептуальная основа и основополагающие принципы деятельности. Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.aids.ru/aids/JC784-ConceptFrameW-R.pdf>.
13. Люди и ВИЧ: Книга для неравнодушных / под ред. Е. Пурик. – К., 2009.
14. Методичні вказівки для самостійної роботи студентів при підготовці до практичного (семінарського) заняття. – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.– К., 2012.

15. Неонатологія з позиції сімейного лікаря: навч.-метод. посіб. / Г.О.Слабкий, Т. К. Знаменська, В. Г. Бідний [та ін.]; МОЗ України, Центр. метод. кабінет з вищої мед. освіти, ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», ДУ «Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології АМН України». – К., 2009. – 435 с.
16. Оцінка виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки в Україні: зведений звіт / ЮНЕЙДС Україна, 2013. – 79 с.
17. Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ: навч. посіб. / за ред. Н. Я. Жилки. – К., 2008. – 252 с.
18. Планування сім'ї: навч. посіб. / за ред. Н. Я. Жилки, І. Б. Вовк. – К., 2009. – 296 с.
19. Попередження стигми та дискримінації у зв'язку з ВІЛ по відношенню до медичних працівників та пацієнтів медичних закладів. Керівництво для викладачів і матеріали для учасників тренінгів. – Міжнародна організація праці, Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД, 2012.
20. Потрійний діагноз: ВІЛ-інфекція/туберкульоз/наркозалежність (деякі аспекти лікування). Методична збірка. – Миколаїв, 2010. – 80 с.
21. Проект уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини». – 2015.
22. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини: клін. посіб. / за ред. Н.Г. Гойди, Н. Я. Жилки. – К., 2008. – 222 с.
23. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини. Колектив авторів. Клінічна настанова. – 2014. – 188 с.
24. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Всемирная организация здравоохранения, июль 2014. – 164 с.
25. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Краткий обзор основных особенностей и рекомендаций. Всемирная организация здравоохранения, июнь 2013. – 15 с.
26. Ситуация по туберкулезу и ВИЧ в европейском регионе ВОЗ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://stbcu.com.ua>.
27. Скворцов Л.В. Толерантность: иллюзия или средство спасения? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.tolerance.ru/review-hist/ill_ili_sredstvo.html.
28. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом : Методичний посібник / Т. Семигіна, О. Банас, Н. Венедиктова та ін. – К., 2007.

29. Ставлення суспільства до людей, які живуть з ВІЛ. Доступність послуг та права людей, які живуть з ВІЛ в Україні: Результати соціологічного дослідження. – К., 2004.
30. Стигма, дискримінація и нарушение прав человека в связи с ВИЧ. Информационный бюллетень ЮНЭЙДС [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.unaids.org.
31. Сучасні аспекти планування сім'ї: навчальний посібник / Г. Адамова, О. Бондаренко, Н. Гойда та ін. – К., 2012. – 320 с.
32. Толстих Н.В. Соціальне виключення в сучасній Україні: спроба оцінки / Н.В. Толстих // Український соціум. – 2003. – №1 (2). – С. 81–85.
33. Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти України / Бойко А. М., Дудіна О. В., Припис Г. О. та ін. – вид. 2. – К., 2013. – 120 с.
34. Формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп найвищого ризику серед медичних працівників / О. Виноградова, І. Паус. – К., 2014. – 118 с.
35. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лікування ВІЛ-інфекції. – М.: Р. Валент, 2011. – 736 с.
36. Adult HIV Prevalence Rate, 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://kff.org/topic/hiv aids/?s=&fs=search&orderby=&tab=slides&layout=&category_name=hiv aids&facets\[start_date\]=&facets\[end_date\]=](http://kff.org/topic/hiv aids/?s=&fs=search&orderby=&tab=slides&layout=&category_name=hiv aids&facets[start_date]=&facets[end_date]=)
37. European Guidelines for treatment of HIV-infected adults in Europe. Version 7.1. November 2014.
38. DHHS: Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents. July 2013.
39. HIV/AIDS treatment and care in Ukraine 2013 // UNAIDS. – 2013. – 26 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194071/Evaluation-report-on-HIV-AIDS-treatment-and-care.pdf.
40. Thomas B. Fitzpatrick «Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology» – М. : Практика. – 3 вып. – 1999. – С. 881.
41. UNAIDS Gapreport, 2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716prgareport>.

РЕКОМЕНДОВАНА НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА

1. Конституція України.
2. Цивільний кодекс України.
3. Кримінальний кодекс України.
4. Закон України від 19.11.1992 р. №2801-XII «Основи законодавства про охорону здоров'я».
5. Закон України 12.12.1991 р. №1972-XII «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
6. Закон України від 20.10.2014 р. №1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки».
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.09.2012 р. №852 «Про розмір щомісячної державної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ».
8. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
9. Наказ МОЗ України від 06.09.2006 р. №597 «Про затвердження методичних рекомендацій «Діагностика позалегенового туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД».
10. Наказ МОЗ України від 13.04.2007 р. №182 «Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків».
11. Наказ МОЗ України від 14.11.2007 р. №716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини».
12. Наказ МОЗ України від 23.11.2007 р. №740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»
13. Наказ МОЗ України від 02.04.2014 р. №233 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті С».
14. Наказ МОЗ України від 11.05.2010 р. №388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції».

15. Наказ МОЗ України від 12.07.2010 р. №551 «Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».
16. Наказ МОЗ України 21.12.2010 р. №1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ - інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення».
17. Наказ МОЗ України від 03.07.2007 р. №368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД».
18. Наказ МОЗ України від 22.05.2013 р. №410 «Про затвердження форм облікової документації та звітності стосовно реєстрації випадків контакту осіб з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами, проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення».
19. Наказ МОЗ України від 10.07.2013 р. №585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ».
20. Наказ МОЗ України від 05.11.2013 р. №955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків».
21. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.08.2014 р. №389 «Про затвердження норм харчування для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей».
22. Наказ МОЗ України від 04.09.2014 р. №620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз».
23. Наказ МОЗ України від 31.12.2014 р. №1039 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)».
24. Наказ МОЗ України від 24.02.2015 р. №92 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) дітям «ВІЛ-інфекція».
25. Наказ МОЗ України від 17.03.2015 р. №148 «Про затвердження Порядку підтвердження зв'язку зараження ВІЛ-інфекцією з виконанням працівником своїх професійних обов'язків».

Навчально-методичний посібник

**ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА
З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ/СНІДОМ
СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ:**

навчально-методичний посібник
для викладачів циклу тематичного
удосконалення, в рамках підвищення
кваліфікації сімейних лікарів

Верстка та дизайн обкладинки:

Н. Крицька, К. Тілікін

Літературний редактор:

К. Михайліченко

Формат 60x84/16

Ум. друк. арк. 30,32.

Тираж 500 прим. Замовл. 44/11

Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство «Україна»
01054, м. Київ, вул. Гончара, 55

(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК №265 від 30.11.2000 р.)