



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут
Кафедра громадського здоров'я

Методичні вказівки

для підготовки до практичних занять з теми 30
«Туберкульоз. ВІЛ/СНІД.»

із дисципліни **«Пропедевтика громадського здоров'я»**
(модуль 2)

для студентів 1 курсу
спеціальності 229 **«Громадське здоров'я»**
денної форми навчання

Суми
Сумський державний університет
2020

Методичні вказівки до практичного заняття з теми 30
«Туберкульоз. ВІЛ/СНІД» / укладачі: зав. каф. громадського
здоров'я, д. м. н., проф. В. А. Сміянов, асист., к.вет.н. С.М.
Півень асист., к.м.н. І. О. Плахтієнко, ст. викладач О. І. Сміянова
– Суми: Сумський державний університет, 2020. – 60 С.

Кафедра громадського здоров'я медичного інституту
СумДУ

Список умовних скорочень

АРТ – Антиретровірусна терапія

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВН – вірусне навантаження

ЛЖВ – люди, що живуть з ВІЛ

МБТ – мікобактерія туберкульозу

МТБК - комплекс мікобактерії туберкульозу *M. tuberculosis*

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ТБ – туберкульоз

Зміст

1. Туберкульоз як медико-соціальна проблема.	5
2. Поширеність туберкульозу серед населення України	10
3. Проблеми подолання епідемії туберкульозу в Україні.	13
4. Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз.	21
5. Законодавчі документи щодо боротьби з туберкульозом. ..	24
6. Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні та проблемні питання нормативно-правової бази боротьби з нею. ВІЛ/СНІД – загроза здоров'ю нації	26
7. Супровід ВІЛ-позитивних осіб.....	37
8. Проблеми антиретровірусної терапії.....	42
9. Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року	44
Питання для самоконтролю	58
Список використаних джерел.....	59

1. Туберкульоз як медико-соціальна проблема.

Туберкульоз (ТБ) – це соціально небезпечне інфекційне захворювання, що передається від хворої людини повітряно-крапельним шляхом. Збудником туберкульозу є мікобактерії туберкульозу, які спричинюють утворення вогнищ специфічного запалення в різних органах і тканинах (найчастіше в легенях).

Захворювання на ТБ призводить до скорочення тривалості життя людини, зростання рівня смертності, тимчасової та стійкої втрати працездатності, збільшення витрат на організацію медичних послуг, соціальної нерівності та дискримінації населення. За останні кілька років збитки від туберкульозу в Україні сягнули 3,7 мільярда гривень на рік.

Короткий огляд збудника, шляхів передачі , симптомів та форм захворювання.

Збудник захворювання – мікобактерія туберкульозу (МБТ). Її ще називають паличкою Коха, на честь німецького науковця, який у 1882 році відкрив цей мікроорганізм.

МБТ – *Mycobacterium tuberculosis* – у 95 % випадків є збудником захворювання. Також небезпеку для людини становлять *Mycobacterium bovis*, рідше інші бактерії цього виду. Не всі мікобактерії туберкульозу здатні викликати захворювання. Доведено, що люди в дитячому віці і протягом життя можуть зіштовхуватися з мікобактеріями, але не мати захворювання. Такі «зустрічі» стимулюють наш протитуберкульозний імунітет. Також в Україні для імунізації населення проводять вакцинацію вакциною БЦЖ, до складу якої входять бацили Кальмета-Герена, що названі за прізвищами вчених, які їх відкрили.

Для МБТ характерна дуже висока мінливість, тобто здатність набувати нові та втрачати старі ознаки і властивості за рахунок частих мутацій. Це важлива характеристика тому, що з одного штаму виникає кілька різних генотипів, резистентних до антибактеріальних препаратів.

Головним джерелом туберкульозу вважається хвора на «відкриту» легеневу форму людина, яка виділяє бактерії під час чхання, співу, розмови, кашлю з мокротинням та слиною.

Так, під час розмови виділяється 0-200, а під час чхання – 4500-1 000 000 мікроорганізмів. Половина із крапельних ядер, що утворюються, залишаються у повітрі впродовж 30 хвилин після кашлю. **Найдрібніші частинки розміром 1-5 мкм осядуть зі швидкістю 3 м за 24 години! Навіть якщо хворий покинув приміщення декілька годин тому, МТБ залишаються у повітрі і становлять загрозу для здоров'я інших людей. На відкритому просторі ризик зараження ТБ менший ніж у закритому приміщенні!** Саме тому у 90 % випадків туберкульоз передається повітряно-крапельним шляхом. Існує також аліментарний або харчовий шлях передачі ТБ, але він становить 3 % від усіх випадків зараження. Аліментарне зараження ТБ здійснюється через молочні продукти хворих на туберкульоз тварин (молоко, сметана, сир).

Потрапляння збудника ТБ в організм людини не завжди призводить до розвитку захворювання. Це залежить від деяких факторів, а саме: кількості та вірулентності (агресивності) МБТ, тривалості контакту з хворим, імунних властивостей організму людини. Але, навіть контактуючи з бактеріовиділювачем не кожна людина інфікується, тому що при потраплянні в дихальні шляхи МБТ зустрічається з захисними бар'єрами організму.

У випадку незначної кількості збудника та нормального функціонування захисних систем МБТ видалаються з дихальних шляхів людини. У випадку якщо у дихальні шляхи потрапляє велика кількість вірулентних бактерій, починається процес взаємодії збудника з імунною системою організму. Зазвичай імунна система упродовж 2-6 тижнів зупиняє процес розмноження і розповсюдження МБТ в організмі, але людина залишається інфікованою (латентна форма ТБ інфекції). У такої людини відсутні скарги на погіршення стану здоров'я та зміни в легенях. Така людина не представляє епідеміологічної загрози. Інфікованість можна визначити за позитивною реакцією на пробу

Манту. У світі 1/3 населення інфікована туберкульозом, в Україні понад 90% населення.

У випадку розвитку захворювання внаслідок першого контакту з МТБ формується первинний ТБ. Найчастішою клінічною формою у дітей є ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Вторинний ТБ з'являється у дорослих через тривалий період часу після першого інфікування внаслідок реактивації («пробудження») власної інфекції або повторного зараження (суперінфекції) МБТ.

Туберкульоз може розвинутися відразу після зараження або через кілька років. Найбільший ризик захворювання спостерігається в перші 2 роки після зараження. У випадку несвоєчасного виявлення й лікування, ТБ швидко прогресує з розвитком різних ускладнень і летальним результатом протягом 1,5-2 років.

У 90% людей ТБ вражає легені. Розрізняють заразну форму ТБ легень - «відкриту» і незаразну форму – «закриту». *Заразна* форма захворювання характеризується тим, що людина виділяє з мокротинням у навколишнє середовище МТБ, за «закритої» форми ТБ у мокротинні не виявляють мікобактерію туберкульозу і переважно такі пацієнти взагалі не кашляють. «*Закрита*» форма ТБ – це зазвичай рання стадія захворювання, коли в легенях виявляють окремі невеликі ділянки запалення (1-2 см). «*Відкрита*» форма – це більш просунута стадія захворювання, коли в легенях визначають великі ділянки запалення з розпадом легеневої тканини (може бути враженою вся легеня або навіть обидві легені). В легенях утворюються порожнини розпаду (каверни). Якщо ТБ виявляють у запущеній стадії, то таких каверн в легенях є багато. Це кавернозна складна форма захворювання, яка потребує більш тривалого лікування, а іноді застосування допоміжних хірургічних втручань.

При кавернозних формах ТБ у людини завжди є кашель із виділенням мокротиння, в пізніх стадіях з домішками крові. Однак навіть при виявленні туберкульозу у запущеній стадії з наявністю каверн в легенях, при належному лікуванні

захворювання виліковується, а каверни загоюються. При цьому зазвичай функція легень зберігається.

ТБ називають хворобою з безліччю масок. Його симптоми різноманітні і часто видають себе за симптоми інших хвороб. Це ускладнює вчасне виявлення даного захворювання, що, є причиною пізнього звернення до лікаря.

Коли ступінь ураження органу набуває значних розмірів, людина починає відчувати нездужання і в неї спостерігається:

- кашель, що триває понад 2-3 тижні;
- рясне потовиділення вночі;
- слабкість, особливо в ранкові години;
- безпричинна втрата маси тіла (ваги);
- втрата апетиту;

– підвищення температури тіла переважно у вечірній час та вночі до 37,0 - 37,5° С без видимої на те причини, що триває понад тиждень.

Для позалегенового ТБ також характерні загальні ознаки захворювання: нездужання, підвищення температури тіла, втрата ваги, потовиділення вночі, ознаки ураження конкретного органу – збільшення лімфатичних вузлів, головний біль, болі у хребті або суглобах, ураження шкіри тощо.

Хвора на ТБ людина може іноді і не знати про свою недугу, тому що туберкульоз маскується під звичайну застуду, бронхіт або пневмонію, а іноді має безсимптомний перебіг.

Тому дуже важливо проводити профілактику та ранню діагностику захворювання. **Отже, за наявності хоча б декількох загальних симптомів людина повинна звернутися до лікаря за місцем проживання для обстеження на ТБ.**

В останні роки актуальності набуває захворювання на ТБ, спричинене МБТ, які набули резистентності до дії базових протитуберкульозних препаратів (особливо, до ізоніазиду та рифампіцину). Особливою проблемою є ТБ, поєднаний з ВІЛ-інфекцією.

ТБ, спричинений резистентними до протитуберкульозних препаратів МБТ, вимагає більш індивідуалізованого підходу до лікування, застосування потужного комплексу хіміотерапії та

значно тривалішого їх прийому. Особливості перебігу ТБ у людей, які живуть з ВІЛ, пов'язані з тим, що ВІЛ впливає на імунну систему, послаблюючи її. Тому людям із ВІЛ туберкульоз передається частіше, а також інфікування частіше переходить в активний ТБ. У свою чергу, активний ТБ підвищує вірусне навантаження ВІЛ, що може призвести до прогресування захворювання СНІД.

Враховуючи реальну загрозу національній безпеці держави, питання боротьби з туберкульозом – одине з пріоритетних питань державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку. Тому, враховуючи неблагополучну ситуацію в Україні щодо туберкульозу, активізовано діяльність, спрямовану на протидію епідемії. За критеріями ВООЗ, початок епідемії туберкульозу в Україні зареєстрований у 1995 р., і з того часу ситуація продовжує погіршуватися. Починаючи з 1999 року було прийнято ряд документів, які регламентують питання щодо боротьби з туберкульозом. Привертання уваги до цієї проблеми президента України, парламенту та уряду країни свідчить про те, що туберкульоз, як глобальна проблема, стосується і всього суспільства, і кожного громадянина зокрема.

Туберкульоз – це не лише медична проблема, а передусім соціально-економічна і народногосподарська. Пріоритетними заходами у напрямі подолання епідемії туберкульозу в Україні держава бачить поліпшення соціального благополуччя населення та суттєве збільшення фінансування протитуберкульозних заходів.

2. Поширеність туберкульозу серед населення України

З дев'яностих років ХХ століття епідеміологічна обстановка з туберкульозу в нашій країні погіршилася у зв'язку з економічними та екологічними проблемами, міграційними процесами та зубожінням значної частини населення. Це призвело до розвитку туберкульозу, внаслідок активізації латентної інфекції. Зросло число випадків суперінфекції ТБ у контактних осіб у сім'ї, квартирі, на роботі. Останнє досить часто зустрічається серед персоналу медичних закладів. Тому переконання, що ТБ – це хвороба злидарів, не відповідає дійсності. **Захворіти на туберкульоз може й найбільш благополучна в соціальному і матеріальному плані людина!**

Відомо, що МБТ інфіковано понад 90% населення України, лише у 10% з них розвивається захворювання. Осіб, які мають підвищену схильність захворіти на ТБ, відносять до так званих груп ризику.

МОЗ України затвердило критерії віднесення певної категорії осіб до групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз:

1. Перебування в місцях позбавлення волі.
2. Форми поведінки:
 - зловживання алкоголем;
 - куріння;
 - бродяжництво;
 - вживання наркотичних та психотропних засобів.
3. Фізичний стан:
 - ВІЛ-інфекція, СНІД;
 - хронічні, професійні та інші захворювання легень, шлунково-кишкового тракту, цукровий діабет, онкологічні або інші захворювання, що призводять до зниження імунітету;
 - імунодефіцитні стани, прийом препаратів з імунодепресивною дією;
 - виснаження організму.
4. Психофізіологічний стан:
 - психічні захворювання;

- глибокий стрес;
- залежність від наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

5. Умови праці:

- недотримання вимог інфекційного контролю у протитуберкульозних та інших закладах охорони здоров'я, де надаються послуги хворим на туберкульоз;

- контакти з хворими на туберкульоз людьми та тваринами.

Також, МОЗ України затвердило перелік осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз:

1. ВІЛ-інфіковані особи.
2. Особи, які контактують з хворими на туберкульоз (сімейні чи професійні контакти).
3. Особи із захворюваннями, що призводять до послаблення імунітету.
4. Курці, особи, що зловживають алкоголем чи вживають наркотики.
5. Імігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз.
6. Особи, що перебувають за межею бідності, безробітні.
7. Особи без визначеного місця проживання.
8. Пацієнти психіатричних закладів.
9. Затримані та заарештовані особи при відправленні їх до ізоляторів тимчасового тримання.
10. Працівники психіатричних закладів та працівники закладів охорони здоров'я, які мають часті контакти з хворими на туберкульоз особами, проводять відповідні дослідження та аналізи.

Підвищена медична настороженість до осіб з груп ризику зумовлена тим, що ВІЛ-інфіковані хворіють на ТБ у 113, а хворі на СНІД – у 170 разів частіше від неінфікованих. В Україні на сьогодні кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих постійно зростає. Якщо для людини із негативним ВІЛ-статусом вірогідність захворіти на туберкульоз становить до 10% протягом життя, то для ЛЖВ такий ризик зростає до 50%. Серед людей, що

перебувають у місцях позбавлення волі, на ТБ хворіють у 50 -70 разів частіше. Хворі, які страждають на психічні розлади хворіють на ТБ у 10 разів частіше, ніж інше населення. Тютюнокуріння підвищує ризик захворіти на ТБ більше аніж у 2,5 рази. Люди з легкою формою діабету хворіють на ТБ у 2 рази, а з важкою формою - у 13 разів частіше. Поширеність діабету серед дорослого населення і підлітків в Україні перевищує 2 %.

У розвинених країнах ТБ діагностують переважно у людей віком понад 65 років. В Україні захворювання уражає переважно осіб працездатного віку. При цьому, у розвинених країнах, на туберкульоз хворіють переважно чоловіки, а в Україні – показник захворюваності у жінок становить 30%.

Ймовірність повторного захворювання на ТБ вилікуваної від нього людини в 150 разів більша, ніж здорової (неінфікованої).

В останні два роки, з'явилася ще одна група потенційного ризику – учасники та демобілізовані військовослужбовці сил АТО на сході України, а також волонтери, які беруть участь в наданні різноманітної допомоги військовослужбовцям сил АТО та населенню, яке проживає на цій території.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, в Україні за 2019 рік кількість уперше зареєстрованих захворювань на ТБ, включаючи рецидиви, становила 25 237, що на 3,5% менше показника 2018 року (62,3 на 100 000 населення). Захворюваність на ТБ серед дітей від 0 до 14 років зросла на 1,1% - з 8,9 до 9,0 на 100 000 дитячого населення. Показник захворюваності на ТБ серед підлітків в Україні збільшився на 5,3% - із 19,0 до 20,0 на 100 000 дітей віком 15–17 років включно.

Захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини, 2019 року порівняно з 2018-м зменшилася на 3,6% - із 13,7 до 13,2 на 100 000 населення. Захворюваність на туберкульоз серед працівників закладів охорони здоров'я України за 2019 рік зменшилася на 11,6% - із 6,0 до 5,3 на 10 000 працівників ЗОЗ.

3. Проблеми подолання епідемії туберкульозу в Україні.

З метою своєчасного виявлення хворих на туберкульоз і осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу та для запобігання поширенню цього захворювання проводять обов'язкові профілактичні медичні огляди на туберкульоз. Їх проводяться в закладах охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості та рівнів надання медичної допомоги при зверненні особи за медичною допомогою.

Медичні огляди у державних та комунальних закладах проводяться безоплатно і включають:

- 1) опитування особи або її законних представників, які звертаються за медичною допомогою;
- 2) фізикальне обстеження особи: огляд, перкусія, пальпація, аускультация, вимірювання маси тіла;
- 3) рентгенівське обстеження за результатами опитування та фізикального обстеження;
- 4) бактеріологічне дослідження мокротиння на наявність збудника туберкульозу за результатами опитування та фізикального обстеження;
- 5) обстеження дітей з використанням специфічних внутрішньошкірних тестів.

Профілактичним медичним оглядам підлягають:

- 1) малолітні та неповнолітні особи – щороку;
- 2) працівники окремих професій, виробництв та організацій, професійна діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення та/або виконанням робіт, під час здійснення яких є високий ризик зараження збудником захворювання на туберкульоз інших осіб, – до прийняття на роботу та надалі – щороку;
- 3) студенти вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації – перед початком проходження виробничої практики;
- 4) особи, стосовно яких суд обрав запобіжний захід у вигляді взяття під варту, – протягом першої доби з моменту взяття під варту;

5) особи, які тримаються в установах виконання покарань, – під час прибуття до цих установ, а надалі – не рідше одного разу на рік та за місяць до звільнення, про що робиться відповідний запис у довідці про відбуття покарання;

6) особи, звільнені з установ виконання покарань, – протягом місяця після прибуття до місця проживання чи перебування;

7) особи, віднесені до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, – щороку.

Раннє виявлення захворювання на ТБ дозволяє вчасно і ефективно провести необхідний комплекс діагностично-лікувальних заходів, досягнути максимально можливих в конкретних умовах результатів лікування та запобігти інвалідизації і смерті хворого. Розрізняють виявлення захворювання на ТБ активне і пасивне.

Активне виявлення – це процес здійснення медичними працівниками регулярних масових профілактичних обстежень населення, груп ризику із використанням рентгенологічного (флюорографічного) методу. Такі обстеження потребують залучення значних організаційних, фінансових та матеріально-технічних ресурсів при отриманні відносно незначних позитивних результатів. Тому доцільним є відокремлення груп ризику туберкульозу і проведення профілактичних оглядів серед них.

Пасивне виявлення відбувається в процесі повсякденної медичної практики, за рахунок звернень хворого зі скаргами, характерними для ТБ, до медичного закладу. Цей підхід в умовах неблагополучних щодо ТБ не виправдовує себе, оскільки виявляє лише поширені форми хвороби.

Епоха, коли ВООЗ наполягала на виявленні за зверненням, як на єдиній можливій відповіді на зростаюче поширення ТБ, відходить у минуле. Зараз, коли розповсюдження захворювання під контролем у більшості країн світу, на порядок денний виходить нове запитання: як зменшити недовиявлення найбільш економічно ефективним шляхом. Тепер ВООЗ вважає, що єдино можливий спосіб – це направлений скринінг. Стратегія ВООЗ

«Покласти край туберкульозу» передбачає систематичний скринінг на активний ТБ серед груп високого ризику. Один з основних принципів є забезпечення скринінгу на ТБ, що розробляється з урахуванням епідеміологічного, соціального та медичного контексту. При цьому ВООЗ підкреслює, що нерозбірливий, масовий скринінг – це дороговартісний підхід з непевними перевагами. Тому такого скринінгу слід уникати. Спочатку потрібно визначити відповідні групи ризику, яким може бути корисний скринінг. Також необхідно правильно обрати скринінгові та діагностичні тести і алгоритми скринінгу для кожної групи ризику в кожній епідемічній ситуації. На даний час алгоритм виявлення і диференційної діагностики ТБ на первинному рівні надання медичної допомоги (за «Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» (2012 р.) передбачає:

1. встановлення попереднього діагнозу ТБ, необхідне для відбору осіб з підозрою на ТБ;

2. скерування виявлених осіб з підозрою на ТБ для підтвердження (скасування) попереднього діагнозу в спеціалізовані структурні підрозділи закладів охорони здоров'я (вторинної/третинної медичної допомоги).

Незважаючи на широке застосування флюорографічного методу, у підсумку 30-40% всіх випадків туберкульозу виявлялися за зверненням хворого. Повернення до радянської системи тотальних флюорографічних оглядів, медичних оглядів при прийомі на роботу тощо не буде – для цього немає ані економічного, ані епідеміологічного підґрунтя.

Перелік діагностичних методів на цьому рівні включає:

1. Цілеспрямований збір анамнезу: *за прямими ознаками* (наявність хворого на ТБ серед контактів або наявність хворих на ТБ тварин); *за непрямыми ознаками* (наявність осіб, які кашляють; осіб, звільнених з місць позбавлення волі та інших із груп ризику).

2. Клінічні методи: визначення скарг, що відповідають інтоксикаційному і бронхолегенево-плевральному синдрому;

збирання анамнезу (контакт з хворими на ТБ, захворювання на ТБ в минулому, визначення факторів ризику щодо ТБ); проведення скринінгового анкетування про симптоми ТБ

3. Фізикальне обстеження: огляд, перкусія, пальпація, аускультация.

4. Проведення проби Манту 2 ГО в стандартному розведенні для виявлення хворих на ТБ дітей.

5. Бактеріоскопічний метод: (доступний у будь-якій клінікодіагностичній лабораторії, у пункті мікроскопії мокротиння).

6. Променева діагностика: забезпечення скерування на рентгенологічне/флюорографічне обстеження органів грудної порожнини для дорослих та неповнолітніх осіб.

В діагностичному сенсі аналіз мокротиння на наявність збудника ТБ – найважливіший. Цей метод дослідження найефективніший для ранньої діагностики туберкульозу, найефективніший для підтвердження діагнозу туберкульозу, дозволяє спостерігати за клінічним розвитком та ефективністю лікування, встановити заразність та оцінити ступінь бациловиділення пацієнта. Вчасно і правильно поставлений діагноз – це запорука успішного одужання і попередження непотрібних помилок у процесі лікування. Допоможіть лікарю в короткий термін провести потрібні дослідження для того, щоб бути впевненим у діагнозі. Туберкульоз – виліковний!

Впродовж останніх 10 років ВООЗ схвалила низку нових методів діагностики. Ампліфікація та виявлення нуклеїнових кислот комплексу *M. tuberculosis* (МТБК) – це підтверджено високочутлива та специфічна технологія. Деякі технології ампліфікації мають велику перевагу також у тому, що за їхньою допомогою можна виявити стійкість до обраних протитуберкульозних препаратів. Технологія бокового зсуву, що виявляє антиген МТБК у форматі клінічного тестування, також була схвалена для застосування у певних групах хворих на ТБ.

Загалом можна виділити наступні групи технологій:

– полімеразна ланцюгова реакція у реальному часі

(ПЛР) – є технологією, яка зараз найчастіше використовується. Виявляють МТБК ДНК і дозволяють розрізнити мутації в гені, пов'язані з медикаментозною резистентністю до рифампіцину. Використовують програмне та апаратне забезпечення (комп'ютери) для звітування про результати. Для ефективної роботи даного методу потрібні добре оснащені лабораторні мережі та кваліфікований персонал;

– **лінійний зонд-аналіз (LPA)** – це ряд тестів (на основі тест-смужок) для оцінки вмісту ДНК МТБК, які можуть виявити штам МТБК та визначити його профіль медикаментозної резистентності. Це здійснюється за допомогою структури зв'язування ампліконів (продуктів ампліфікації ДНК) зондами, орієнтованими на конкретні частини геному МТБК, загальні мутації, пов'язані зі стійкістю до протитуберкульозних агентів або відповідної послідовності ДНК дикого типу. LPA можуть виявляти стійкість до ширшого кола агентів першого та другого ряду (наприклад, ізоніазидів, фторхінолонів та ін'єкційних агентів). Платформи для тестування розроблені для використання в умовах референс-лабораторій та є найбільш застосовними для країн з високим рівнем захворюваності на ТБ.

– **петльова ізотермічна ампліфікація (LAMP)** – цільова ДНК ампліфікується за фіксованої температури (на відміну від ПЛР, для якої потрібен термоциклер). Виявлення ампліфікованого продукту проводиться візуально, за допомогою ультрафіолетової (УФ) лампи, безпосередньо у реакційних пробірках. Для застосування методу потрібне лише базове обладнання. Метод може бути реалізований на найнижчих рівнях мережі лабораторій. Однак за допомогою цієї технології неможливо виявити мутації в генах, пов'язані зі стійкістю.

Пошук тесту для його проведення у клінічних умовах (тобто тесту бокового зсуву, що виявляє або антиген МТБК або антитіла до МТБК) виявився складним завданням. І потенційно можливим тестом для використання з такими цілями виявився тест на антиген мікобактеріального ліпоарабіноманнану (LAM) у сечі. Доступні на сьогодні аналізи сечі на LAM мають неоптимальну чутливість та специфічність, тому не підходять в

якості діагностичних тестів на ТБ у всіх групах населення. Однак, на відміну від традиційних методів діагностики, аналізи сечі LAM демонструють покращену чутливість до діагностики ТБ серед осіб, коінфікованих ВІЛ.

Ситуація з туберкульозу в Україні залежить від рівня економіки країни і добробуту народу. Якщо ще взяти до уваги паралельну з туберкульозом епідемію ВІЛ/СНІДу, то прогноз буде ще більш песимістичним. Через те потрібно боротися не тільки з туберкульозом, а й з ВІЛ/СНІДом. Окрім туберкульозу і ВІЛ/СНІДу, великою проблемою є хіміорезистентний туберкульоз. В Україні частота первинної хіміорезистентності становить 20-30% у різних регіонах, а вторинна резистентність сягає 65-75%. Це зумовлено тим, що до 2000 року централізовано не закуповувалися протитуберкульозні препарати і хворі лікувалися хаотично

Сучасний стан контролю за туберкульозом має суттєві недоліки:

- швидкі темпи зростання кількості хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз та стійких до протитуберкульозних ліків (мультирезистентних) форм МБТ;
- незадовільне матеріально-технічне забезпечення медичних закладів;
- недостатнє забезпечення кадрами закладів фтизіатричної служби та лабораторій з діагностики туберкульозу.

На зростання рівня захворюваності та смертності від туберкульозу впливають численні соціально-економічні та медичні фактори, зокрема зниження рівня життя населення та наявність значної кількості хворих, які перебувають у місцях позбавлення волі, зростання випадків ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу. На ранніх стадіях ВІЛ-інфекції перебіг туберкульозу мало відрізняється порівняно з ВІЛ-негативними особами з переважним ураженням легень. На пізніх стадіях ВІЛ-інфекції туберкульоз спостерігається у кожного третього хворого, перебігає часто атипово, характеризується схильністю до генералізації та ураження лімфатичної системи.

Труднощі своєчасної діагностики туберкульозу зумовлені ідентичною клінічною симптоматикою обох захворювань. Це пов'язане з тим, що зазначена кількість хворих на туберкульоз, які інфіковані ВІЛ, не знають про своє друге захворювання і намагаються отримати допомогу у звичайних закладах охорони здоров'я і не завжди досягають у цьому очікуваних результатів. Слід зазначити, що захворюваність на туберкульоз більше залежить від соціально-економічних чинників, а смертність є медичною проблемою. Значна смертність від туберкульозу зумовлена, *по-перше*, несвоєчасним його виявленням (в основному занедбані форми туберкульозу), *по-друге*, зростанням ВІЛ/СНІДу – асоційованого туберкульозу, *по-третє*, поширенням хіміорезистентного туберкульозу у структурі контингенту хворих. Туберкульоз не тільки медична, а й соціально-політична проблема, яка віддзеркалює соціально-економічний стан країни, культурно-освітній рівень, благополуччя, добробут й освіченість населення, ступінь розвитку охорони здоров'я, у тому числі й фтизіатричної служби. Туберкульоз – це комплексна і міжвідомча проблема, через це необхідним є також виявлення туберкульозу серед сільськогосподарських тварин та оздоровлення тваринницьких господарств.

Можно виділити ряд основних причин епідемії туберкульозу в Україні:

1) соціально-економічні труднощі у країні, що не дозволяють повноцінно фінансувати охорону здоров'я, у тому числі і протитуберкульозні заклади;

2) зниження рівня життя більшості населення, зубожіння, бідність переважної більшості населення, недостатнє та неповноцінне харчування значних прошарків населення з різким зменшенням кількості спожитих повноцінних білкових продуктів, недоїдання багатьох людей, що додатково знижує імунологічну резистентність організму до туберкульозу;

3) незадовільна реалізація заходів соціальної профілактики туберкульозу (відселення хворих на туберкульоз з

бактеріовиділенням з гуртожитків, багатонаселених квартир та ін.);

4) низький рівень санітарної культури населення;

5) значне підвищення інтенсивної міграції великих груп населення, які випадають з поля зору лікувально-профілактичних закладів і не охоплені протитуберкульозними заходами;

6) пізнє виявлення хворих на туберкульоз із поширеним деструктивним процесом, масивним бактеріовиділенням, збільшення кількості хворих на казеозну пневмонію, міліарний туберкульоз;

7) збільшення питомої ваги хіміорезистентного туберкульозу у структурі контингенту хворих;

8) епідемія ВІЛ/СНІДу та поширення туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД (понад 30% ВІЛ-інфікованих хворіє на туберкульоз і близько 40% з них помирає від нього);

9) проблема туберкульозу у пенітенціарній системі, наявність значної кількості хворих на туберкульоз, які перебувають у місцях позбавлення волі;

10) зниження обсягів специфічної імунопрофілактики (вакцинації та ревакцинації вакциною БЦЖ);

11) недостатнє фінансування системи охорони здоров'я, занедбана матеріально-технічна база, застаріле обладнання, соціальна незахищеність хворих та медичних працівників;

12) скорочення кадрового потенціалу протитуберкульозної служби (не вистачає лікарів-фтизіатрів);

13) неефективне оздоровлення від туберкульозу тваринницьких господарств, продукція яких є небезпечною для людей;

14) екологічне забруднення довкілля.

4. Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз.

Урядом України схвалено Концепцію Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018—2021 роки.

Високий рівень захворюваності на туберкульоз в Україні викликаний недостатньою підтримкою заходів із подолання епідемії на національному та регіональному рівнях. І хоча за результатами виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012—2016 роки рівень захворюваності на туберкульоз в Україні знизився на 9%, існує низка проблем, розв'язання яких можливе шляхом виконання Концепції Програми на 2018—2021 роки та її стовідсоткового фінансування.

Тож метою Концепції є стабілізація рівня захворюваності, зменшення рівня смертності та підвищення ефективності лікування хворих.

Ухвалення програми допомагає досягти цілей Плану дій по боротьбі з туберкульозом для Європейського регіону ВООЗ на 2016—2020 роки, сприяючи досягненню мети глобальної стратегії «Покласти кінець ТБ» - зупинити епідемію туберкульозу:

1) до 2035 року на 95% зменшити смертність від туберкульозу в порівнянні з 2015 роком;

2) досягти рівня захворюваності менше 10 на 100 тисяч та з нульовим рівнем страждань від ТБ;

3) до 2050: досягти нульового рівня смертності від туберкульозу та нульового рівня захворюваності.

Виконання програми також дасть змогу забезпечити 100% доступ до безперервної діагностики ТБ шляхом закупівлі витратних матеріалів, 100% доступ до лікування всіх хворих на ТБ шляхом впровадження пацієнто-орієнтованого підходу, 100% доступ до консультування та тестування на ВІЛ/СНІД тощо.

Необхідно зазначити, що для виходу з ситуації, яка склалася в Україні відносно епідемії туберкульозу потрібно виконати ряд заходів:

1) подолати соціально-економічні труднощі в державі і в охороні здоров'я;

2) підвищити соціально-життєвий рівень населення, поліпшити харчування народу повноцінними білковими та вітамінними продуктами;

3) виділити достатню кількість фінансів на виконання цільових програм медико-соціальних заходів;

4) суттєво збільшити фінансування протитуберкульозних заходів, придбати лікувально-діагностичне обладнання, вирішити проблеми поєднання патології туберкульозу та ВІЛ/СНІДу;

5) іноземним громадянам і членам їх родин за надання дозволу на тимчасове проживання в Україні обов'язково проводити профілактичне флюорографічне обстеження;

6) головному управлінню МВС України забезпечити обстеження на туберкульоз осіб, які знаходяться в ізоляторах, виправно-трудових закладах, і тих, які повернулися з місць позбавлення волі, під час реєстрації за місцем проживання;

7) створити у пенітенціарній системі спеціалізовані відділення для надання медичної допомоги особам, взятим під варту та тимчасово затриманим, які хворі на активну форму туберкульозу;

8) виявляти туберкульоз шляхом максимального охоплення дітей – туберкулінодіагностикою, дорослих – профілактичними обстеженнями у групах ризику. Своєчасне виявлення туберкульозу методом мікроскопії мазка мокротиння і флюорографії у хворих, які звертаються до лікувально-профілактичних закладів загального профілю із скаргами, підозрілими на туберкульоз;

9) забезпечити належні безпечні умови і соціальні гарантії для працівників, які контактують з хворими на активний туберкульоз або працюють з матеріалом, що може містити збудник туберкульозу;

10) розширити підготовку в інтернатурі лікарів за спеціальностями «фтизіатрія» та «бактеріологія» для повного укомплектування високопрофесійними кадрами медичних закладів та мікробіологічних лабораторій з діагностики туберкульозу;

11) вчасно і якісно проводити імунопрофілактику туберкульозу вакциною БЦЖ новонародженим;

12) вжити заходів щодо запобігання поширенню ВІЛ-асоційованого та хіміорезистентного туберкульозу;

13) вжити заходи щодо попередження та своєчасного виявлення туберкульозу серед сільськогосподарських тварин та забезпечити оздоровлення неблагополучних щодо туберкульозу фермерських та приватних господарств;

14) посилити ветеринарний контроль і нагляд за переробниками тваринницької продукції, а також тваринами, які знаходяться в особистій власності громадян, за пунктами прийому молока від населення тощо з метою попередження поширення туберкульозу через тваринницьку продукцію;

15) визначити критерії формування та створити реєстр груп підвищеного ризику щодо захворювання на туберкульоз.

Таким чином, високий рівень захворюваності та смертності на туберкульоз на сучасному етапі пов'язують із соціально-економічними труднощами в країні, недостатнім фінансуванням системи охорони здоров'я, у тому числі протитуберкульозних заходів, збільшенням питомої ваги полірезистентних штамів МБТ і розвитком епідемії ВІЛ-інфекції

5. Законодавчі документи щодо боротьби з туберкульозом.

Законодавчі документи України регулюють діяльність органів державної влади, які безпосередньо відповідають за протидію туберкульозу в Україні, визначають обов'язки та права осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб, містять дані щодо стану захворюваності на туберкульоз в Україні.

Ця правова база необхідна як лікарям, щоб вони виконували свої обов'язки відповідно до чинного законодавства України так і пацієнтам, щоб вони знали свої права та обов'язки і могли їх захистити у разі потреби.

Закони України:

1. Про протидію захворюванню на туберкульоз;
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я;
3. Про захист населення від інфекційних хвороб;
4. Про ратифікацію Угоди про позику між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку (проект «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні»).

Розпорядження Кабінету Міністрів України

1. Розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1415-р «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року»
2. Розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1414-р «Про схвалення Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню»

Накази Міністерства охорони здоров'я України

1. Наказ МОЗ України від 25.02.2020 № 530 «Про затвердження стандартів охорони здоров'я при туберкульозі».
2. Наказ МОЗ від 01.02.2019 № 287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз».
3. Наказ МОЗ від 28.07.2016 № 786 «Про затвердження Положення про систему управління якістю досліджень в

лабораторіях, що здійснюють мікробіологічну діагностику туберкульозу».

4. Наказ МОЗ України, МВС України та Мінсоцполітики України від 02.02.2015 № 41/119/95 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, територіальних органів та установ Державної міграційної служби, Державної прикордонної служби та державної служби зайнятості для організації надання медичної допомоги з туберкульозу іноземцям та особам без громадянства, які перебувають в Україні».

5. Наказ МОЗ України від 15.05.2014 № 327 «Про виявлення осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу».

6. Наказ МОЗ України від 15.05.2014 № 326 «Про відділ моніторингу і оцінки заходів протидії захворюванню на туберкульоз у протитуберкульозних закладах»

7. Наказ МОЗ України від 07.03.2013 р. № 188 «Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з хіміорезистентного туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення»

8. Наказ МОЗ України від 19.10.2012 № 818 «Про затвердження Порядку ведення реєстру хворих на туберкульоз»

9. Наказ МОЗ України від 18.08.2010 № 684 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз»

10. Наказ МОЗ України від 11.06.2010 № 483 «Про затвердження Примірного положення про лікарню "Хоспіс" (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз»

11. Наказ МОЗ України від 07.12.2009 № 927 «Про затвердження Положення про кабінет контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі»

12. Наказ МОЗ України від 02.09.2009 № 657 «Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації №

060-1/о "Журнал реєстрації випадків туберкульозу в _____ районі ТБ 03»

13.Наказ МОЗ України від 16.07.2008 № 388 «Про затвердження Нормативів оснащення лабораторій з мікробіологічної діагностики туберкульозу 1-4 рівнів»

14.Наказ МОЗ України від 06.02.2006 № 50 «Про затвердження типових положень про лабораторії і пункти з діагностики туберкульозу та пункти збору мокротиння»

6. Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні та проблемні питання нормативно-правової бази боротьби з нею.

ВІЛ/СНІД – загроза здоров'ю нації

ВІЛ-інфекція – тривала інфекційна хвороба, що розвивається внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та характеризується прогресуючим ураженням імунної системи (код В20 за МКХ-10).

Епідемія ВІЛ/СНІДу є одним із найбільших соціальних ризиків, який на національному рівні перетворюється на загрозу національній безпеці України.

За даними Європейського центру епідеміологічного моніторингу ВІЛ/СНІДу, частота нових випадків ВІЛ в Україні перевищує показники майже всіх європейських країн, а рівень захворюваності на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) практично найвищий.

Україна сьогодні посідає одне з перших місць серед країн європейського регіону за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. За оцінними даними, на початок 2018 р. в країні проживало 244 000 ВІЛ-позитивних людей. Кожен сотий громадянин України у віці від 15 до 49 років інфікований ВІЛ, що є одним із найвищих показників серед країн регіону.

За даними Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності та Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, регіон Східної Європи та Центральної Азії, до якого територіально належить Україна, єдиний у світі, де продовжує зростати кількість нових випадків ВІЛ-інфекції та смертей від СНІДу.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні на сучасному етапі характеризується переважним ураженням осіб працездатного віку зі зростанням частки вікової групи старше 50 років серед нових випадків захворювання. ВІЛ-інфекція поширюється переважно статевим шляхом, але все ще залишається сконцентрованою в ключових щодо інфікування ВІЛ групах населення.

Згідно з офіційними статистичними даними за період 1987 – травень 2019 р., у країні офіційно зареєстровано 341 084 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, зокрема 114 487 випадків захворювання на СНІД і 49 751 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Станом на 01.04.2019 у закладах охорони здоров'я під медичним наглядом перебувало 142 076 ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 336,5 на 100 000 населення), зокрема 46 987 хворих із діагнозом «СНІД» (111,3).

Найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровано в Одеській (898,3 на 100 000 населення), Дніпропетровській (792,6), Миколаївській (743,5) областях, м. Київ (479,0), Київській (447,9), Херсонській (420,1) та Чернігівській (420,4) областях.

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в Україні зростала до 2013 р., коли в країні було зареєстровано найбільшу кількість ВІЛ-інфікованих осіб (21 631). Подальше значне зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2014 та 2015 рр. пов'язане передусім з відсутністю статистичних даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції. У наступні роки захворюваність на ВІЛ-інфекцію у країні зростала (з 15 869 випадків у 2015 до 18 194 у 2017 р.), показник захворюваності 2017 р. становив 42,8 на 100 000 населення, що на 7% більше, ніж 2016 р.

У 2018 р. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію залишився на рівні минулого року, із незначним зниженням абсолютної кількості вперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції. Захворіло 18 099 осіб (42,8 на 100 000 населення) проти 18 194 (42,8 на 100 000 населення).

Найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію зареєстровано в Одеській (109,2 на 100 000 населення), Дніпропетровській (107,0), Миколаївській (74,9) областях, м. Київ (63,1), Київській (53,5), Кіровоградській (52,1), Херсонській (48,4), Чернігівській (48,4) областях.

Характерно, що зростання захворюваності відбувається в усіх західних областях, окрім Волинської і Тернопільської, а також у Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Сумській, Черкаській областях та м. Київ.

У структурі шляхів передавання ВІЛ і далі зростає частка статевого шляху (65,6%), проте актуальність парентерального шляху передавання під час введення наркотичних препаратів залишається високою, незважаючи на тенденцію до зниження (20,8%).

Протягом останніх п'яти років значення показників захворюваності на СНІД становило близько 20–22 на 100 000 населення, смертності від СНІДу — близько 7–8 на 100 000. Із 2015 р. захворюваність на СНІД в Україні зросла з 19,8 на 100 000 населення до 21,9 у 2017 р. (з 8 468 до 9 308 осіб). Смертність від СНІДу зросла з 7,1 до 7,7 на 100 000 населення (з 3 032 до 3 298 осіб).

У 2018 р. на СНІД захворіло на 469 осіб менше, ніж за 2017 р. (8 839 осіб проти 9 308). Інтенсивний показник зменшився з 21,9 до 20,9 на 100 000 населення.

Найвищі рівні захворюваності на СНІД зареєстровано в Одеській (58,9 на 100 000 населення), Дніпропетровській (42,9), Миколаївській (28,5), Донецькій (20,3), Херсонській (17,7), Київській (16,7) областях.

Зростання захворюваності відбувається у всіх областях західної частини України, а також у Донецькій, Житомирській, Київській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Сумській областях та м. Київ.

Упродовж 2018 р. від хвороб, зумовлених СНІДом, померло 3 448 осіб, що на 150 більше, ніж 2017 р. Інтенсивний показник зріс із 7,7 до 8,1 на 100 000 населення.

Найвищі рівні смертності від СНІДу зареєстровано у Дніпропетровській (26,7 на 100 000 населення), Одеській (21,1), Миколаївській (13,7), Кіровоградській (12,3), Запорізькій (8,7) областях та в м. Київ (8,9).

Основною причиною смерті у хворих на СНІД залишається туберкульоз — понад 50% всіх випадків смерті від СНІДу. За останні п'ять років країна досягла значного прогресу в лікуванні ВІЛ-позитивних осіб. Охоплення антиретровірусною терапією зросло майже вдвічі (з 56 000 до 102 000 осіб), утримання на терапії через 12 і більше місяців від її початку зросло з 69% до 88%.

Відповідно до Стратегії UNAIDS на 2016–2021 роки «На шляху прискорення для подолання СНІДу» для припинення епідемії ВІЛ-інфекції необхідно вжити заходів для того, щоб до кінця 2020 р. 90% ЛЖВ знали про свій ВІЛ-статус, 90% людей, які знають про свій позитивний ВІЛ-статус, отримували відповідне лікування і 90% людей, які лікуються, мали невизначувані рівні вірусного навантаження ВІЛ. Таким чином, в Україні до 2020 р. додатково 97 000 ЛЖВ мають бути охоплені лікуванням, а 87 000 з них — мати невизначувані рівні вірусу в крові.

Досягнення цих цілей дасть можливість зупинити епідемію ВІЛ-інфекції у країні, попередити нові випадки інфікування ВІЛ, зменшити смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ, а людям із ВІЛ — жити повноцінним життям.

Рівень інфікованості населення України вірусом імунодефіциту людини об'єктивно становить загрозу національній безпеці держави. Темпи зростання ВІЛ-інфікованості нашого населення найвищі в світі, за винятком кількох найвідсталіших країн Африки, які, до речі, значно випереджують нас за стандартизованим показником народжуваності. Тут Україна має такі найгірший у світі показник. Як перше, так і друге є цілком закономірним. Крім низки об'єктивних причин (економічна криза, процеси глобалізації, трудова міграція тощо) головною причиною впродовж всіх років незалежності України є неналежне

відповідно до ситуації, що складається, реагування законодавчої та виконавчої гілок влади, а також гаранта Конституції України.

Заходи, які спрямовані на виявлення ВІЛ-інфікованих, а також профілактику зараження ВІЛ-інфекцією, стримування масштабів цієї епідемії є вкрай неефективними з цілого ряду причин. В першу чергу, нормативно-правова база з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом, не відповідає вимогам сьогодення. Практично весь тягар роботи в цьому напрямку покладено на заклади охорони здоров'я, які не мають таких повноважень, які б були ефективними в питанні обмеження поширення епідемії.

Основну небезпеку в питанні ВІЛ-інфікування становлять споживачі ін'єкційних наркотиків. Практично вплив медиків на них є вкрай обмеженим і неефективним, роз'яснювальна робота з ними не дає будь-яких суттєвих результатів. Більш дієвою є робота численних громадських організацій, які працюють в цьому напрямку, але займають однобоку специфічну позицію захисту ВІЛ-інфікованих. Проте здійснити перелом в вирішенні даної проблеми не вдається їм.

Існуючі нормативно-правові акти спрямовані в основному теж на захист особистих прав ВІЛ-інфікованої особи і не захищають права інших членів суспільства, в першу чергу, здорових людей. Абсолютизується конституційне право інфікованої особи на недоторканість, проте практично ігнорується право кожної неінфікованої людини на її захист державою. Сьогодні на першому місці повинна стояти проблема захисту здорових, особливо уразливих до інфікування людей.

Відповідно до норм міжнародного права та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» визначає порядок правового регулювання діяльності, спрямованої на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції в Україні, та заходи соціального захисту ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД людей.

В даному законі СНІД визнається особливо небезпечною інфекційною хворобою, що створює в Україні «загрозу особистій, громадській та державній безпеці, спричинює важкі

соціально-економічні та демографічні наслідки, що зумовлює необхідність вжиття спеціальних заходів щодо захисту прав і законних інтересів громадян і суспільства». У ст. 9 мова йдеться про те, що «повідомлення особи, в якій за даними медичного огляду виявлено ВІЛ-інфекцію, повинен здійснювати медичний працівник того закладу, де проведено медичний огляд цієї особи для виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини».

Відповідно до ст. 14 ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД особи повинні письмово засвідчити факт одержання інформації про зараження його вірусом імунодефіциту людини, попередження про необхідність дотримання профілактичних заходів з метою запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції та про кримінальну відповідальність за завідоме поставлення в небезпеку зараження або зараження іншої особи (осіб).

Згідно зі ст. 15 ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД особи зобов'язані повідомити осіб, які були з ними у статевих контактах до виявлення факту інфікованості, про можливість їх зараження.

В Законі України «Про захист населення від інфекційних хвороб» в ст. 10 захист населення від інфекційних хвороб визнається одним із пріоритетних напрямів діяльності органів виконавчої влади.

Питання протидії ВІЛ-інфекції є одним із пріоритетів державної політики України у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань України у сфері ВІЛ/СНІДу. Пріоритетними є такі заходи у напрямку подолання епідемії ВІЛ-інфекції:

- Активізація профілактики ВІЛ-інфекції.
- Забезпечення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію, які його потребують.
- Дотримання прав людей, які живуть із ВІЛ та формування толерантного ставлення до них у суспільстві.

Для постійного моніторингу та оцінки в галузі ВІЛ/СНІД в Україні за останні роки постійно удосконалюються законодавчі та нормативні акти, здійснюється державний контроль за дотриманням законодавства, розробляються та виконуються загальнодержавні програми у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

МОЗ України належить провідна роль у розробці ключових правових документів, що регламентують діяльність у сфері ВІЛ/СНІД.

1. Наказ МОЗ України від 19 серпня 2005 року № 415 «Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол)».

2. Наказ МОЗ України від 06 вересня 2006 року № 597 «Про затвердження методичних рекомендацій «Діагностика позалегенового туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД».

3. Наказ МОЗ України від 13 квітня 2007 року № 182 «Клінічний протокол діагностика та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків».

4. Наказ МОЗ України від 03 липня 2007 року № 368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД».

5. Наказ МОЗ України від 28 травня 2008 року № 276 «Про затвердження Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію».

6. Наказ МОЗ України від 30 грудня 2008 року № 826 «Про затвердження Клінічного протоколу діагностики та лікування вірусного гепатиту С у дорослих, хворих на ВІЛ-інфекцію».

7. Наказ МОЗ України від 12 липня 2010 року № 551 «Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» зі змінами відповідно до наказу МОЗ від 10 вересня 2010 року № 766.

8. Наказ МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 114 «Про організацію надання послуг консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, гепатити В і С, інфекції, що передаються статевим шляхом, у мобільних пунктах та мобільних амбулаторіях».

9. Наказ МОЗ України від 08 лютого 2013 року № 104 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ».

10. Наказ МОЗ України від 27 березня 2013 року № 495/23027 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення».

11. Наказ МОЗ України від 22 травня 2013 року № 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».

12. Наказ МОЗ України від 10 липня 2013 року № 585 «Про затвердження нормативно-правових актів із питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ».

13. Наказ МОЗ України від 05 листопада 2013 року № 955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків».

14. Наказ МОЗ України від 04 вересня 2014 року № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз».

Також є ряд статей Конституції України та законів України, що визначають права та обов'язки пацієнтів та лікарів.

Так, серед Основного Закону України є статті 27, 29, 32, 40, 49, 55, 56, частина 3 статті 28, що визначають право пацієнтів на життя, медичну допомогу, особисту недоторканність, медичну інформацію, на повну інформованість і добровільну згоду на медико-біологічний експеримент, на оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я.

Права медичних працівників визначаються 32, 34, 35, 43 та іншими статтями Конституції України, в тому числі на належні

умови професійної діяльності, на створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій тощо. Також права та обов'язки пацієнтів і лікарів визначаються статтями Основи законодавства України про охорону здоров'я, Цивільним кодексом України, кримінальним кодексом України.

У Законі України **«Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»** Розділі III «Права та соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ, та членів їхніх сімей» викладено такі нормативи:

Стаття 13. Право людей, які живуть з ВІЛ, на інформацію. Захист інформації про позитивний ВІЛ-статус людини від розголошення та розкриття третім особам:

1. Усі люди, які живуть з ВІЛ, мають право на безперешкодне ознайомлення з інформацією про стан свого здоров'я, що зберігається в закладах охорони здоров'я.

2. Усі люди, які живуть з ВІЛ, мають право бути поінформованими про послуги із забезпечення необхідної їм психологічної, соціальної та правової підтримки і за бажанням одержати таку підтримку у спосіб, що не зумовить розкриття їх ВІЛ-статусу.

3. 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 людей, які живуть з ВІЛ, та захисту такої інформації від розголошення та розкриття третім особам.

4. Передача медичним працівником відомостей, зазначених у частині третій цієї статті, дозволяється лише:

- особі, стосовно якої було проведено тестування, а у випадках та за умов, установлених частиною третьою статті 6 цього Закону, - батькам чи іншим законним представникам такої особи;

- іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я – винятково у зв'язку з лікуванням цієї особи;

- іншим третім особам – лише за рішенням суду в установлених законом випадках.

Передача відомостей, зазначених у частині третій цієї статті, 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.

5. Розкриття медичним працівником відомостей про позитивний ВІЛ-статус особи партнеру (партнерам) дозволяється, якщо:

- 1) людина, яка живе з ВІЛ, звернеться до медичного працівника з відповідним письмово підтвердженим проханням;

- 2) 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.

Стаття 14. Рівність перед законом та заборона дискримінації людей, які живуть з ВІЛ, та осіб, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ

1. Люди, які живуть з ВІЛ, та 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 та свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України.

2. Держава гарантує надання всім людям, які живуть з ВІЛ, та особам, які належать до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, рівних з іншими громадянами можливостей для реалізації їхніх прав, зокрема в частині можливості адміністративного та судового захисту своїх прав.

3. 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 непрямий 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.

Стаття 15. Інші права людей, які живуть з ВІЛ

1. Крім загальних прав і свобод людини і громадянина, люди, які живуть з ВІЛ, мають також право на:

1) відшкодування шкоди, пов'язаної з обмеженням їхніх прав унаслідок розголошення чи розкриття інформації про їх позитивний ВІЛ-статус;

2) безоплатне забезпечення антиретровірусними препаратами та лікарськими засобами для лікування опортуністичних інфекцій у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я.

2. Люди, які живуть з ВІЛ, 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.

Стаття 16. Захист права на працю та інших соціальних прав людей, які живуть з ВІЛ, їхніх рідних і близьких

1. Звільнення з роботи, відмова у прийнятті на роботу, відмова у прийомі до освітніх, медичних закладів, до закладів соціальної опіки і піклування та соціальних служб, а також відмова у наданні медичної допомоги та соціальних послуг, обмеження інших прав людей, які живуть з ВІЛ, на підставі їх ВІЛ-позитивного статусу, а також обмеження прав їхніх рідних і близьких на цій підставі забороняється.

2. Неправомірні дії посадових осіб, які порушують права людей, які живуть з ВІЛ, їхніх рідних і близьких, можуть бути оскаржені до суду.

Стаття 17. Відшкодування шкоди, завданої здоров'ю особи в разі зараження ВІЛ-інфекцією

1. Особи, зараження яких ВІЛ-інфекцією сталося внаслідок переливання крові (її компонентів), біологічних рідин, пересадки клітин, тканин та органів людини, виконання медичних маніпуляцій або виконання службових обов'язків, мають право на відшкодування в судовому порядку завданої їм здоров'ю шкоди.

Стаття 18. Права батьків ВІЛ-інфікованих дітей і дітей, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ

1. Батьки ВІЛ-інфікованих дітей і дітей, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ, та особи, які їх замінюють, мають право на:

1) спільне перебування у стаціонарному відділенні лікарні з дітьми віком до 14 років із звільненням на цей час від роботи та виплатою допомоги по тимчасовій непрацездатності у зв'язку з доглядом за хворою дитиною;

2) одержання додаткової щорічної відпустки тривалістю 10 днів у літній чи інший зручний для них час до досягнення дітьми 18-річного віку.

Стаття 19. Державна допомога ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ

1. ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ, призначається щомісячна державна допомога у розмірі, встановленому Кабінетом Міністрів України.

7. Супровід ВІЛ-позитивних осіб

Етапи супроводу ВІЛ-позитивних осіб:

1. *Оцінка потреб* – це процес збору всебічної інформації про особу, її родину та оточення, аналіз цієї інформації, визначення потреб та проблем клієнта, підготовка висновків та рекомендацій для подальшого планування допомоги.

2. *Розробка плану супроводу* – це процес визначення заходів й діяльності, спрямованих на вирішення проблем клієнта, термінів виконання цих заходів і відповідальних осіб. План супроводу завжди розробляється разом з клієнтом, з врахуванням

його бачення та згоди. Пріоритетність і послідовність заходів при плануванні залежить від потреб клієнта.

3. *Виконання плану супроводу* – це реалізація запланованих у плані супроводу дій, заходів, кроків для вирішення проблем та задоволення потреб клієнта. Одним з завдань соціального працівника на цьому етапі підтримувати клієнта у виконанні визначених заходів, мотивувати його до змін. Також він здійснює проміжну оцінку якості й ефективності виконання запланованих заходів, з обов'язковим врахуванням думки клієнта. На основі проміжної оцінки виконання плану супроводу можна повертатись на етап оцінки потреб і оновлювати план супроводу.

4. *Кінцевий моніторинг і закриття випадку* передбачає оцінку результатів й аналіз стану кроків, які впроваджувались в роботі з конкретним випадком. Моніторинг наданих послуг та роботи з випадком відбувається з визначенням кількісних та якісних показників. Якісними показниками є зміни у стані клієнта, його суб'єктивне задоволення отриманими послугами. Кількісні ж показники – це послуги й ресурси, які клієнт отримав завдяки участі в проекті. Завершення надання послуг відбувається на основі висновків, отриманих при кінцевому моніторингу.

Соціальний супровід ВІЛ-позитивних осіб

В контексті соціального супроводу лікування ВІЛ-позитивних осіб необхідно проаналізувати рівень прихильності до антиретровірусної терапії (АРТ) й медичних послуг за наступними критеріями: наявність у клієнта знань про ВІЛ/СНІД й дотичні сфери, сформованість навиків прихильності до лікування, рівень мотивації, можливі обмеження й наявність ресурсів для формування прихильності.

АРВ-терапія на сьогодні залишається найважливішим чинником в зупинці епідемії ВІЛ/СНІД. Результатом правильного прийому АРВ-терапії, як правило, є невизначене вірусне навантаження, що веде до збереження здоров'я ВІЛ-позитивних

осіб, зниження смертності від ВІЛ/СНІД та інфікування ВІЛ. Ключовими завдання в цьому контексті мають бути:

1. Формування прихильності до АРТ – здатність особи розпочати, управляти й підтримувати процес прийому препаратів у визначених дозах, у визначений час, з визначеною частотою і за визначених умов, відповідно до призначень лікаря;

2. Формування прихильності до диспансерного спостереження – здатність особи стати і перебувати на регулярному диспансерному спостереженні, що включає в себе планові візити до лікаря, планові обстеження та інші заходи, відповідно до стандартів системи охорони здоров'я. На шляху до формування високої прихильності, як правило, лежать численні перешкоди – не тільки в медичній, а й в соціальній, економічній, психологічній, юридичній площинах:

Психо-соціальні фактори – самостигматизація, алко/наркозалежності, депресія та синдром тривожності, викривлені релігійні переконання, соціальна дезінтеграція;

Соціо-економічні фактори – відсутність коштів на транспорт до медичного закладу, нерегулярне харчування, відсутність освіти, роботи й постійного місця проживання;

Демографічні фактори – гендер, підлітковий вік;

Системні перешкоди – значна відстань до медичного закладу, черги на прийом до лікаря, незаконне стягнення плати за проходження діагностики тощо.

Перешкоди на рівні громади – зовнішні стигма й дискримінація, досвід відмови в надання послуг через ВІЛ-статус.

Саме тому для ефективної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД актуальним є забезпечення ВІЛ-позитивним особам не тільки медичного, а й соціального супроводу в найширшому значенні, що дасть можливість подолати перешкоди в залученні ЛЖВ до системи лікування ВІЛ.

Пакети послуг в рамках проектної діяльності розраховані на індивідуальну роботу з клієнтами фахівців проекту, в т.ч. на подолання перешкод до формування медичної прихильності на рівні клієнта. Тим не менше, задля підвищення рівня

ефективності проектної діяльності, організаціям рекомендовано працювати на рівнях системних перешкод (колективне представництво інтересів) та перешкод на рівні громади (інформаційно-просвітницька робота з загальним населенням і персоналом виправних закладів).

Епідемія ВІЛ/СНІД в Україні має свої особливості й тенденції, які необхідно обов'язково враховувати в проектній діяльності. Зокрема, прогалинами в боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІД на даний час можна вважати занадто пізні звернення ЛЖВ щодо постановки на диспансерний облік, значну кількість ЛЖВ, які більше року не відвідують СНІД-центри й кабінети «Довіри», проблему конфекції ВІЛ і туберкульозу.

З цією метою, визначено додаткові рекомендації у впровадженні напряму «Соціальний супровід лікування ВІЛ-позитивних осіб»:

1. Пізня постановка ЛЖВ на диспансерний облік:

- наявність соціального працівника при кабінеті консультування і тестування, який забезпечує супровід у постановці на диспансерний облік, надає консультації «рівний-рівному».

- забезпечення супроводу в постановці на диспансерний облік для ВІЛ-позитивних осіб, що звільняються з пенітенціарних закладів.

- забезпечення безперервності супроводу щойно виявлених ВІЛ-позитивних осіб між проектами зменшення шкоди й проектами з догляду й підтримки .

2. "Неактивна" диспансерна група з числа ЛЖВ. Забезпечення виходу на "неактивну" диспансерну групу (ЛЖВ, які більше року не відвідували СНІД-центри) через соціальних працівників, які перебувають в штаті медичних закладів, через отримання від пацієнтів при постановці на диспансерний облік згоди на передачу даних в НУО.

3. Коінфекція ВІЛ/ТБ

- забезпечення обов'язкового скринінгу ЛЖВ на предмет виявлення ТБ, супровід на діагностику, відслідкування результатів та доведення до лікування ТБ.

- забезпечення доведення клієнтів до медичних закладів за місцем їх проживання – після лікування ТБ у стаціонарних відділеннях тубдиспансерів.

Ведення клієнтів за напрямом з соціального супроводу лікування ВІЛ-позитивних осіб рекомендується здійснювати за двома моделями:

1. *Підтримуючий супровід* включає надання основної інформації щодо основ лікування ВІЛ, формування мотивації і навиків прихильності до лікування. Дана модель передбачає, що у клієнта немає комплексних перешкод для формування прихильності до лікування. Критерії надання супроводу – клієнти, які потребують нетривалого спрямованого втручання з метою мобілізації власних ресурсів для вирішення проблем та підтримки їх стабільності. За цією моделлю рекомендується надавати клієнтам пакет послуг компоненту «Формування прихильності до АРТ й медичних послуг» (ст. 8).

2. Комплексний супровід – це допомога у вирішенні комплексних проблем ВІЛ-позитивних осіб, які на даному етапі життя не здатні самотійно їх подолати. Основною метою такого супроводу залишається формування прихильності до медичних послуг у ВІЛ-позитивних клієнтів, проте завданням даної моделі є також і подолання тих перешкод та бар'єрів, які стоять на шляху до формування прихильності. Критерії надання супроводу – клієнти, які на даному етапі життя стикаються з численними проблемами в різних сферах і не здатні самотійно їх подолати. За цією моделлю рекомендується надавати клієнта, згідно їх індивідуальних потреб, пакети послуг компонентів «Індивідуальне представництво інтересів» (ст. 9), «Супровід лікування туберкульозу на амбулаторному етапі» (ст. 9). «Психосоціальна підтримка на дому» (ст. 10).

3. За бажанням і потребою клієнти додатково можуть приймати участь у групах самопомоги з метою подолання самостигматизації, прийняття статусу, отримання підтримки з боку інших ВІЛ-позитивних осіб, формування й підтримки навиків прихильності до терапії, формування мотивації й навиків відповідального батьківства тощо.

8. Проблеми антиретровірусної терапії

Антиретровірусна терапія (АРТ) є обов'язковим складником комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, оскільки ефективна АРТ призводить до суттєвого зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. АРТ призначається за Наказом МОЗ України від 05.06.2019 № 1292 "Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції".

Основною метою АРТ є збереження повноцінного та якісного здоров'я і подовження життя ВІЛ-інфікованої людини. Окрім того, ефективна АРТ має профілактичне значення, оскільки у випадку невизначального рівня вірусного навантаження (ВН) ВІЛ у крові пацієнта, суттєво знижується ризик передачі ВІЛ від нього статевим і вертикальним шляхом.

Рішення щодо початку АРТ або відмови від неї зрештою залежить від самої людини або її опікуна; у випадку відмови від початку АРТ, під час наступних візитів лікування слід запропонувати знову. Якщо людина стикається з проблемами психічного здоров'я або зловживання наркотиків, або має інші потенційні перешкоди на шляху до початку АРТ чи прихильності до нього, слід надати необхідну підтримку та регулярно повторно оцінювати готовність щодо початку АРТ.

Осіб, які починають лікування, та їхніх опікунів необхідно інформувати про те, що перша схема АРТ дає найкращу можливість досягнення ефективної вірусологічної супресії, відновлення імунітету а, отже, має сприятливий клінічний ефект, та що для успішного результату застосування АРТ всі препарати потрібно приймати згідно з призначенням. Важливо зазначити, що бувають ситуації, коли затримка початку АРТ може мати негативні наслідки, зокрема серед осіб, що мають ТБ, виражену імуносупресію або високий ризик смерті. Слід звернути увагу людини на те, що багато побічних реакцій носять тимчасовий характер або піддаються контролю, і що нерідко АРВ-препарати, що спричинюють виникнення побічних реакцій, можуть бути замінені на інші. При підготовці до початку лікування важливо

оцінити, чи потребує людина психосоціальної підтримки, для того щоб досягти оптимальної прихильності до лікування.

Схема АРТ має бути обрана індивідуально для кожного конкретного пацієнта, із забезпеченням високого рівня прихильності задля покращання результатів лікування. Індивідуальний підхід має враховувати такі особливості: очікувані побічні реакції, зручність прийому, супутні захворювання та стани, взаємодію з іншими медикаментами та, за можливості, результати тестування на медикаментозну резистентність.

Досліджувати резистентність ВІЛ рекомендовано в усіх пацієнтах з невдалою АРТ. Оптимальною тактикою є зміна схеми неефективного лікування на підґрунті результатів дослідження резистентності ВІЛ. Для дослідження резистентності можуть використовуватися інженерно молекулярні методи (генотипування, генотипова резистентність) або культуральні метод (вирощування вірусу у присутності певних АРВ- препаратів, фенотипова резистентність).

Для АРВ-препаратів характерним є різний рівень генетичного бар'єра до формування резистентності, що характеризується кількістю мутацій, необхідних для виникнення резистентності, а також їх впливом на чутливість вірусу до лікарських засобів та його здатність до реплікації за певної концентрації препаратів у плазмі.

Лікування опортуністичних інфекцій проводиться згідно Наказу МОЗ України від 13 квітня 2007 року № 182 «Клінічний протокол діагностика та лікування і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків».

9. Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року

Проблема, яка потребує розв'язання

На шляху до інтеграції із світовою та європейською спільнотами в рамках виконання Цілей сталого розвитку Організації Об'єднаних Націй та Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, ключовим пріоритетом державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку є протидія захворюванням, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив.

ВІЛ-інфекція/СНІД, туберкульоз, вірусні гепатити В та С, поєднані патології формують основний тягар інфекційних хвороб в Україні, безпосередньо впливають на погіршення якості та тривалості життя, призводять до тяжких наслідків для здоров'я, сприяють втраті працездатності та передчасній смертності, зумовлюють появу множинних супутніх станів та захворювань, що в цілому визначає протидію поширенню цих хвороб важливим завданням громадського здоров'я.

За даними Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності та Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Україна залишається однією з країн, де продовжує зростати кількість нових випадків інфікування ВІЛ та смертей від СНІДу.

Сукупна оціночна кількість осіб, що належать до ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ, осіб, що вживають наркотики ін'єкційно, секс-працівників та чоловіків, що мають секс з чоловіками, становить майже 650 тис. осіб.

Поєднані патології (ко-інфекції) ВІЛ, туберкульозу та вірусних гепатитів здійснюють додатковий негативний вплив на здоров'я пацієнтів та, крім того, ускладнюють організацію як надання медичної допомоги для населення, так і планування

програм та заходів з профілактики серед ключових груп населення.

Виключна важливість консолідації зусиль держави, приватного та неурядового секторів, міжнародних партнерів, спрямованих на подолання викликів, пов'язаних із поширенням ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, зобов'язує визначити довгострокові пріоритети та вектор формування державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитом на період до 2030 року.

Мета та строки реалізації Стратегії

Головною метою Стратегії є подолання епідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів як глобальних загроз громадському здоров'ю та благополуччю населення, покращення якості і тривалості життя, зменшення рівня захворюваності, інвалідизації та смертності шляхом створення та функціонування ефективних, інноваційних, гнучких систем надання якісних і доступних послуг профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки, що базуються на правах та потребах людини і пацієнта.

Цілі та інструменти реалізації Стратегії базуються на таких ключових принципах і засадах:

- дотримання прав людини та недопущення дискримінації за станом здоров'я, віком, соціальним статусом, сексуальною орієнтацією, гендерною ідентичністю, родом занять та іншими ознаками і забезпечення рівності, в тому числі гендерної, та реалізації прав і свобод людини незалежно від цих ознак;

- пріоритетності права на здоров'я, що не лише забезпечує повний, справедливий доступ до медичних послуг, а і створює сприятливі умови для реалізації свого права та проактивної турботи про власне здоров'я та здоров'я свого оточення;

- прозорості та відкритості – надання громадськості інструментів її змістовного залучення та впливу і забезпечення належної підзвітності, а також відповідальності суб'єктів управління;

- ґрунтовності – формування підходів на основі доказових, експертних та об’єктивних даних з усвідомленням послідовності процесів та з урахуванням оптимального використання наявних та потенційних ресурсів;

- проактивності – формування політики та заходів у режимі випередження прогнозованих викликів та із забезпеченням можливості внесення обґрунтованих корективів з метою вдосконалення підходів до реалізації Стратегії;

- вимірюваності цілей та критичного оцінювання – визначення чітких проміжних та кінцевих цілей та завдань, ефективність досягнення яких може бути виміряна та оцінена;

- міжсекторальної співпраці – ефективна взаємодія, координація зусиль та ефективне врядування шляхом розподілу повноважень між виконавцями відповідно до притаманних їм функцій;

- спадкоємності та наступності – збереження орієнтації на цілі та завдання Стратегії незалежно від політичних чи інших чинників, накопичення та передача позитивного досвіду, управлінського, наукового та технічного потенціалу.

У цій Стратегії терміни вживаються в такому значенні:

- елімінація – зниження рівня циркуляції збудника захворювання серед населення або окремої його групи до рівня показників, визначених ВООЗ;

- ключові групи населення – групи населення, визначені відповідно до рекомендацій МОЗ, які з урахуванням певних поведінкових практик, фізичних та психофізіологічних станів та інших умов, що доказово впливають на підвищені ризики інфікування ВІЛ-інфекцією, вірусними гепатитами або туберкульозом, є пріоритетними під час формування та впровадженні заходів з реалізації Стратегії;

- спільноти – групи осіб, об’єднані та взаємозв’язані певною структурою, спільними цілями та напрямками діяльності, в тому числі щодо реалізації Стратегії, виконання її окремих завдань та представлення інтересів осіб, на яких спрямовані цілі Стратегії.

Шляхи та способи розв'язання проблеми

Розв'язання проблеми передбачається шляхом досягнення стратегічних та оперативних цілей Стратегії.

Стратегічні цілі розподілені виходячи з трьох основних векторів реалізації Стратегії – протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусним гепатитам як глобальним та національним викликам.

Оперативні цілі визначають проміжні кроки та напрями діяльності, сукупність та взаємозв'язаність яких є інструментами досягнення стратегічних цілей.

Стратегічна ціль 1. Зменшення рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію та зниження рівня смертності від хвороб, зумовлених СНІДом. Базується на засадах Політичної декларації з питань ВІЛ/СНІДу “Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030”, прийнятої Генеральною Асамблеєю ООН 7 червня 2016 року.

Оперативна ціль 1. Запобігти новим випадкам інфікування ВІЛ-інфекцією

Завдання:

✓ забезпечити доступ та сприяти отриманню представниками ключових груп населення комплексних профілактичних послуг, зокрема тих, що надаються на рівні громад та силами спільнот, за рахунок державного та місцевого бюджетів;

✓ досягти елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;

✓ впровадити комплексні комунікаційні програми громадського здоров'я, спрямовані на загальне населення, зокрема підлітків і молодь, та системні навчальні заходи для професійних та пріоритетних груп - працівників правоохоронних органів, закладів освіти, військовослужбовців тощо;

✓ забезпечити доступність замісної підтримувальної терапії, зокрема у місцях позбавлення волі;

✓ унеможливити інфікування ВІЛ-інфекцією під час отримання медичної допомоги, зокрема під час переливання крові, її компонентів, трансплантації органів та тканин;

✓ забезпечити доступ до послуг медикаментозної доконтактної профілактики ВІЛ-інфекції ключовим групам населення;

✓ забезпечити надання послуг медикаментозної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції всім особам, що її потребують.

Оперативна ціль 2. Удосконалити систему ефективного виявлення випадків ВІЛ-інфекції

Завдання:

✓ досягти високого рівня обізнаності населення щодо свого ВІЛ-статусу;

✓ забезпечити повне охоплення послугами тестування на ВІЛ-інфекцію усіх хворих на туберкульоз, клієнтів програм замісної підтримувальної терапії та отримувачів комплексних профілактичних послуг серед ключових груп населення;

✓ забезпечити повне охоплення послугами тестування та раннього виявлення ВІЛ-інфекції у вагітних жінок та їх партнерів;

✓ забезпечити доступність тестування на ВІЛ-інфекцію шляхом розширення мережі закладів, що надають відповідні послуги, залучення аптечної мережі, тестування на рівні спільнот та промоції самостійного тестування;

✓ забезпечити раннє виявлення ВІЛ-інфекції у всіх дітей, народжених матерями з числа осіб, які живуть з ВІЛ-інфекцією;

✓ гарантувати якість надання лабораторних послуг, зокрема шляхом впровадження заходів з моніторингу якості виробів медичного призначення, що застосовуються для діагностики ВІЛ-інфекції, розроблення ефективних алгоритмів діагностики та програм зовнішньої оцінки якості.

Оперативна ціль 3. Забезпечити всебічний доступ до лікування ВІЛ-інфекції

Завдання:

✓ забезпечити розширення антиретровірусної терапії до повного задоволення потреб у ній;

✓ забезпечити початок антиретровірусної терапії відразу після встановлення діагнозу та в найкоротші строки;

✓ забезпечити доступ до нових препаратів відповідно до кращих міжнародних практик та налагодити систему їх безперебійного постачання;

✓ забезпечити проведення своєчасного та ефективного моніторингу та супровід лікування, контроль над побічними реакціями, лікування опортуністичних інфекцій та інших соматичних станів;

✓ забезпечити подальший розвиток та впровадження системи нагляду та профілактики розвитку резистентних форм ВІЛ-інфекції;

✓ забезпечити ефективність лікування та досягнення невизначального рівня вірусного навантаження ВІЛ-інфекції;

✓ забезпечити доступ та сприяти отриманню профілактичного лікування туберкульозу особам, які живуть з ВІЛ-інфекцією.

Стратегічна ціль 2. Зменшення нових випадків вірусних гепатитів, в тому числі хронічних, та скорочення смертності, зумовленої вірусними гепатитами. Базується на Глобальній стратегії сектору охорони здоров'я ВООЗ з вірусного гепатиту “На шляху до ліквідації вірусних гепатитів”.

Оперативна ціль 1. Створити ефективну систему епідеміологічного нагляду за вірусними гепатитами та впровадити ефективний моніторинг і оцінку програм протидії вірусним гепатитам.

Оперативна ціль 2. Забезпечити надання комплексних послуг профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів

Оперативна ціль 3. Підвищити поінформованість населення про проблеми вірусних гепатитів та підвищити рівень знань медичних працівників щодо сучасних підходів до профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів

Стратегічна ціль 3. Зниження захворюваності та смертності від туберкульозу. Базується на засадах Глобальної стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу до 2035 року.

Оперативна ціль 1. Удосконалити систему організації та надання протитуберкульозної допомоги.

Завдання:

✓ забезпечити розширення та повноцінне впровадження людино-орієнтованих моделей лікування хворих на туберкульоз з акцентом на впровадження ефективних моделей амбулаторного лікування із забезпеченням доступу до психосоціального супроводу;

✓ забезпечити дотримання прав осіб, хворих на туберкульоз, шляхом подолання стигми та дискримінації, забезпечення на законодавчому рівні рівних прав та свобод впродовж лікування туберкульозу та після його завершення;

✓ провести реорганізацію мережі протитуберкульозних закладів відповідно до сучасних епідеміологічних трендів, оптимізації використання існуючих ресурсів, регіональних особливостей, критеріїв госпіталізації та виписки;

✓ впровадити новий механізм фінансування протитуберкульозних заходів, спрямований на заохочення медичних працівників до виявлення та досягнення успішності лікування туберкульозу, а також на заохочення пацієнтів до формування прихильності до лікування;

✓ впровадити стратегічний план розвитку кадрових ресурсів у сфері громадського здоров'я відповідно до рекомендацій ВООЗ.

Оперативна ціль 2. Забезпечити ефективне виявлення нових випадків та не допустити формування резистентних форм туберкульозу.

Завдання:

✓ забезпечити належне інформування населення про туберкульоз, його прояви, профілактику, можливості лікування тощо;

✓ забезпечити систематичний скринінг та активне виявлення випадків туберкульозу та осіб, які перебувають в контактi з хворими на туберкульоз, в тому числі серед ключових груп населення та із залученням неурядового сектору;

✓ забезпечити скринінг на латентний та активний туберкульоз та профілактичне лікування всіх осіб, що вживають

наркотики ін'єкційно, та представників ключових груп населення, які цього потребують;

- ✓ забезпечити вакцинацією проти туберкульозу всіх новонароджених;

- ✓ забезпечити доступ до тестування на медикаментозну чутливість, зокрема шляхом використання швидких тестів;

- ✓ пріоритизувати молекулярно-генетичні методи діагностики туберкульозу та забезпечити лабораторну мережу приладами та витратними матеріалами для проведення досліджень всіх форм туберкульозу;

- ✓ запровадити сучасні підходи з інфекційного контролю за туберкульозом, спрямовані в тому числі на запобігання поширенню захворювання у закладах охорони здоров'я, місцях довгострокового перебування осіб і проживання хворих на туберкульоз.

Оперативна ціль 3. Підвищити якість та ефективність лікування туберкульозу

Завдання:

- ✓ забезпечити доступ до нових препаратів та сучасних короткострокових схем у лікуванні туберкульозу;

- ✓ забезпечити щоденне контрольоване лікування та ефективну систему надання соціально-психологічної підтримки та супроводу для осіб, які його потребують;

- ✓ забезпечити доступ хворих на туберкульоз до лікування антиретровірусними препаратами, замісної підтримувальної терапії, лікування вірусних гепатитів, діагностики та лікування побічних ефектів протитуберкульозних препаратів і сприяти проведенню заходів з формування прихильності до лікування;

- ✓ припинити практику безрецептурного продажу протитуберкульозних препаратів;

- ✓ удосконалити фармаконагляд та систему здійснення контролю за побічними реакціями на протитуберкульозні препарати;

- ✓ забезпечити надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз.

На шляху реалізації Стратегії використовуються підходи та інструменти, спрямовані на ефективне та комплексне виконання передбачених нею завдань та досягнення стратегічних та оперативних цілей.

Урядові плани дій, на основі яких визначаються загальнонаціональні, регіональні та місцеві програмні заходи, визначають ключові пріоритети та короткострокові завдання, сукупність та послідовність яких повинна бути спрямована на досягнення основних цілей Стратегії.

Стратегічне планування, загальна координація, забезпечення взаємодії та інтеграції політик, пов'язаних з реалізацією Стратегії, а також моніторинг та оцінка її виконання і доведення результатів такої оцінки до органів влади, заінтересованих сторін та суспільства покладається на центральний орган виконавчої влади, що формує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Управлінські та організаційні інструменти

Реалізація Стратегії потребує ефективного розподілу функцій заінтересованих сторін та відповідальних органів, забезпечення загальної координації та комплементарності заходів і програм з метою найбільш ефективного використання наявних ресурсів та оперативного реагування на виклики, що виникають у процесі її реалізації.

Інструментами, що впливають на ефективність реалізації Стратегії та базуються на її керівних засадах та принципах, є:

- ✓ державне лідерство в управлінні програмами та заходами, взаємовідповідальність та підзвітність перед суспільством;

- ✓ інтеграція неурядових організацій до загальнонаціональної системи формування та надання послуг, спрямованих на досягнення цілей, визначених Стратегією;

- ✓ зменшення існуючих прогалів у доступі до якісних та ефективних послуг між міським та сільським населенням і окремими регіонами;

✓ інтеграція послуг, програм та заходів як в рамках виконання стратегічних та оперативних цілей Стратегії, так і з іншими національними заходами в галузях охорони здоров'я, соціальної допомоги, освіти, регіонального розвитку тощо;

✓ налагодження співпраці та заохочення соціально відповідального бізнесу до виконання завдань, передбачених цією Стратегією;

✓ створення єдиного адміністративно-управлінського простору реалізації цілей та завдань Стратегії, що охоплює цивільний та пенітенціарний сектори, сферу управління Міноборони;

✓ уніфікація та стандартизація підходів щодо організації та впровадження заходів, пов'язаних з реалізацією цілей Стратегії;

✓ забезпечення підвищення ефективності діяльності та належного рівня впливу координаційного механізму на національному та регіональному рівні.

Нормативні інструменти

Заходи з реалізації Стратегії вимагають безперервного вдосконалення нормативно-правової бази, в тому числі щодо:

✓ гармонізації із законодавством Європейського Союзу (у тому числі в контексті виконання вимог Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони);

✓ впровадження керівництв ВООЗ, Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС) та інших міжурядових організацій і програм з метою вдосконалення надання та механізму організації послуг;

✓ приведення термінології, зокрема галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та відповідного законодавства, у відповідність з рекомендаціями ВООЗ та міжнародними вимогами;

✓ усунення політико-правових та культурних бар'єрів, що обмежують доступ до послуг або є чинниками стигматизації

осіб, що вживають наркотики ін'єкційно, хворих на туберкульоз та вірусні гепатити, їх найближчого оточення, ключових груп населення, осіб, які відбули покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк, тощо та стримують соціалізацію та інтеграцію в суспільство;

✓ розроблення та затвердження нормативно-правових актів з метою проведення моніторингу дотримання прав і свобод людини та створення системи активного реагування на випадки їх порушення.

Фінансові інструменти

Однією з основних умов реалізації Стратегії є забезпечення сталого фінансування пов'язаних з нею програм та заходів, зокрема:

✓ забезпечення пріоритету фінансування програм протидії ВІЛ-інфекції, вірусним гепатитам та туберкульозу за рахунок державного та місцевих бюджетів та незалежності від зовнішнього (донорського) фінансування як ключової передумови забезпечення сталості та безперервності надання послуг;

✓ узгодження планування заходів та процесів із забезпечення реалізації Стратегії з бюджетним процесом в Україні;

✓ проведення комплексного аналізу видатків та оцінки заходів щодо економічної ефективності;

✓ забезпечення ефективного розподілу ресурсів між відповідальними виконавцями та закладами, що провадять діяльність, пов'язану з виконанням цілей та завдань Стратегії;

✓ встановлення та посилення механізму державного фінансування за соціальними договорами для виконавців, які є представниками спільнот;

✓ забезпечення багаторівневості та комплементарності фінансування заходів за рахунок державного та місцевих бюджетів та уникнення його дублювання, в тому числі з інших джерел;

✓ забезпечення своєчасної закупівлі та постачання послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення для забезпечення безперервності та континууму послуг.

Інструменти громадської участі та контролю

Процеси, пов'язані з реалізацією Стратегії, повинні містити належний механізм залучення заінтересованих сторін до обговорення та прийняття рішень, а інформація про її реалізацію повинна бути максимально відкритою.

Інструменти у сфері управління даними

Ефективність впровадження Стратегії пов'язана з якістю даних, які використовуються для планування заходів, збираються та узагальнюються в ході її реалізації та використовуються для прийняття рішень та подальшого удосконалення заходів. Для покращення алгоритмів управління інформацією необхідно:

✓ розвинути та вдосконалити системи збору та аналізу даних епідеміологічного нагляду та моніторингу і оцінки програмних заходів;

✓ інтегрувати інформаційні системи обліку осіб, в тому числі для впровадження епідеміологічного нагляду, заснованого на веденні випадку з наскрізною ідентифікацією, в електронні системи охорони здоров'я та забезпечити обмін звітною документацією між закладами охорони здоров'я всіх форм власності;

✓ здійснити перехід від рутинного моніторингу до системи формування та постійного оновлення стратегічної інформації, її поширення і використання під час формування та впровадження заходів з протидії захворюванням;

✓ запровадити індикатори для вимірювання гендерної нерівності в доступі та чутливості у наданні послуг;

✓ налагодити міжнародну співпрацю з метою забезпечення належного транскордонного обміну інформацією та формування глобальних джерел статистичних даних.

Інструменти у сфері освіти та науки

Людські ресурси, науковий та освітній розвиток є запорукою практичного впровадження заходів, що сприяють досягненню цілей та завдань Стратегії. Для повноцінного використання сучасних підходів та кращих міжнародних практик необхідним є постійний розвиток потенціалу та дотримання високих стандартів у галузі освіти та науки, зокрема:

- ✓ проведення наукових досліджень для розроблення інноваційних підходів щодо формування програм та заходів, впровадження новітніх методів профілактики, діагностики та лікування;

- ✓ проведення біоповедінкових, епідеміологічних та операційних досліджень за рахунок коштів державного бюджету та забезпечення прямого використання отриманих даних у процесі прийняття рішень;

- ✓ забезпечення розвитку безперервного дистанційного навчання з використанням онлайн-ресурсів та платформ, зокрема для немедичних працівників, та його інкорпорація в систему післядипломної освіти;

- ✓ забезпечення розвитку неформальної освіти та просвітницької роботи, спрямованих на формування здорового способу життя, усвідомленого ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточення, безпечних поведінкових практик та профілактики захворювань;

- ✓ забезпечення розвитку міжнародної співпраці у сферах науки, освіти та технологій.

Очікувані результати. Моніторинг реалізації Стратегії

Реалізація Стратегії в цілому, а також виконання заходів, що впроваджуються з метою досягнення її цілей та завдань, потребують проведення системного моніторингу, оцінки та розбудови єдиної методології для вдосконалення процесу стратегічного планування та виконання різнорівневих програм, проектів міжнародної технічної допомоги та окремих заходів.

Обсяг фінансових, матеріально-технічних і трудових ресурсів

Фінансування заходів щодо реалізації Стратегії здійснюватиметься за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються на відповідний рік, благодійних фондів, міжнародної технічної та фінансової допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством.

Обсяг фінансування, матеріально-технічних і трудових ресурсів, необхідних для реалізації цієї Стратегії, визначається щороку з урахуванням можливостей джерел фінансування.

Питання для самоконтролю

- 1.** Групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз.
- 2.** Які особи підлягають профілактичним медичним оглядам.
- 3.** Діагностичні методи дослідження на туберкульоз.
- 4.** Причини епідемії туберкульозу в Україні.
- 5.** Закони України та накази МОЗ щодо боротьби з туберкульозом.
- 6.** Документи МОЗ, що регламентують діяльність у сфері ВІЛ/СНІД.
- 7.** Етапи супроводу ВІЛ-позитивних осіб.
- 8.** Основні проблеми антиретровірусної терапії.
- 9.** Стратегічні та оперативні цілі державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року.

Список використаних джерел

1. Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз». Веб-сайт. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text>
2. Мельник В. М. Медико-економічні аспекти виявлення туберкульозу методом скринінгової флюорографії // Променева діагностика, променева терапія.— 2001.— № 4.— С. 61–63.
3. Туберкульоз в Україні. (Аналітично-статистичний довідник за 1997-2007 роки) МОЗ України Центр медичної статистики МОЗ України. Київ. – 2008. – 75 с.
4. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Сучасні погляди на епідситуацію з туберкульозу в Україні // Укр. пульмонол. журнал – 2003 – № 2 – С. 75-80.
5. Сучасні проблеми епідемії туберкульозу в Україні: причини та шляхи її подолання. Режим доступу: <http://health-ua.com/article/16372-suchasn-problemi-epdem-tuberkulozu-v-ukran-prichini-ta-shlyahi--podolannya>
6. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Веб-сайт. Режим доступу: <https://www.phc.org.ua/>
7. Наказ МОЗ України від 27.03.2013 № 495/23027 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення».
8. Наказ МОЗ України від 22.05.2013 № 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».
9. Наказ МОЗ України від 10.07.2013 № 585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ».
10. Наказ МОЗ України від 05.11.2013 № 955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від

зараження ВІЛ- інфекцією при виконанні професійних обов'язків».

11.Наказ МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз».

12.Епідемія ВІЛ/СНІДУ в Україні та проблемні питання нормативно-правової бази боротьби з нею / Р. М. Пукало, А.Р. Пукало, С.Є. Пукало // Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. – Матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції 19-20.04.2007. – Львів. – С. 242-247.

13.<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-17#Text>

14.<https://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/49fea3aa059851dca69f188fd6add9b7.pdf>

15.<https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/likuvannya-vilsnidu-antiretrovirusna-terapiya>