



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ЩОМІСЯЧНИЙ ДАЙДЖЕСТ НОВИН

ЛИСТОПАД 2022

ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ

Лікарям, які надають допомогу жінкам, важливо дотримуватися принципу, що наявність ВІЛ-інфекції у вагітної жінки не є медичним показанням для переривання вагітності. Примушувати жінку до переривання вагітності є неприпустимим.

Кожна ВІЛ-позитивна жінка має право на материнство та його свідомий вибір, з урахуванням потреб, дотриманням права на повагу до її гідності та особистості, не допускаючи стигми, проявів дискримінації та примусу.

Своєчасна та комплексна програма профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) сприяла суттєвому зниженню рівня вертикальної трансмісії ВІЛ в Україні до 1,3% у 2021 році. З метою надання якісної комплексної медичної допомоги задля попередження ВІЛ-інфекції в новонароджених, збереження здоров'я ВІЛ-позитивних матерів і народжених ними дітей, а також підвищення рівня кваліфікації фахівців у сфері послуг з ППМД [наказом МОЗ України №692](#) затверджені стандарти

медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» (далі — стандарти).

Стандарти побудовані за 4-х компонентним підходом ВООЗ до ППМД: профілактика ВІЛ-інфекції серед жіночого населення, профілактика небажаних вагітностей у ВІЛ-позитивних жінок; профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини; догляд та підтримка ВІЛ-позитивних жінок та їхніх дітей, близького оточення.

В умовах військової агресії РФ проти України утримання та збереження сталості програми ППМД значно ускладнилося через масову міграцію населення, порушену інфраструктуру та логістику, та як наслідок — обмеження доступу до медичної допомоги. Не всі жінки мають доступ до ВІЛ-сервісних послуг до настання вагітності. Часом вагітність не є бажаною через відсутність засобів контрацепції, деякі жінки вагітніють у результаті сексуального насильства. На окупованих територіях та територіях, де ведуться активні бойові дії, профілактика ВІЛ-інфекції, послуги з тестування на ВІЛ

та лікування не є пріоритетними для жінок у порівнянні з найголовнішим пріоритетом — зберегти життя. За таких умов збільшені ризику інфікування ВІЛ жінок, у тому числі вагітних без можливості отримувати ППМД.

Щойно жінки отримують доступ до медичної допомоги, лікарі мають пропонувати (або переадресовувати жінку для отримання таких послуг) заходи з ППМД відповідно до стандартів:

1. ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

А саме, надання інформації щодо формування репродуктивного здоров'я та безпечної статевої поведінки та доступу до послуг з тестування на ВІЛ (ПТВ).

До ефективних методів профілактики відносять:

- використання бар'єрних методів контрацепції (презервативів) на постійній основі;
- застосування ефективної АРТ для ВІЛ-позитивного статевого партнера з досягненням стабільної максимальної вірусологічної супресії;
- використання ВІЛ-негативною жінкою або жінкою з високим ризиком інфікування ВІЛ доконтактної профілактики (ДКП);
- проведення заходів щодо зменшення шкоди серед жінок з ключових груп на-



селення в напрямку зниження ризику інфікування ВІЛ.

2. ПОСЛУГИ З ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ДЛЯ НЕ ВАГІТНИХ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ЖІНОК

ВІЛ-позитивній жінці незалежно від того планує вона в найближчому майбутньому вагітність, чи ні, слід запропонувати:

- ранній початок АРТ або його продовження, моніторинг ефективності лікування, підтримку прихильності;
- профілактику, діагностику та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ);
- діагностику та лікування опортуністичних інфекцій (ОІ).

ВІЛ-позитивній жінці, яка не планує вагітність, слід запропонувати:

- заходи з планування сім'ї: використання контрацепції на постійній основі, у тому числі бар'єрних методів контрацепції (презервативів), що є ефективним методом профілактики інфікування ВІЛ та ІПСШ;
- заходи із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій при поєднанні ВІЛ-інфекції з безпліддям.

ВІЛ-позитивну жінку, яка планує вагітність, слід інформувати про те, що:

- важливо регулярно приймати АРТ та відстежувати рівень вірусного навантаження за призначенням лікаря. Важливим є досягнення та збереження максимальної вірусологічної супресії;
- ризик вертикальної передачі ВІЛ визначається рівнем ВН ВІЛ (метою ППМД є досягнення та збереження цільового показника ВН <50 копій РНК ВІЛ/мл у плазмі крові) та прихильністю до АРТ;
- сексуальні стосунки без використання презервативів є безпечними щодо ризику передачі ВІЛ, якщо партнер з ВІЛ прихильний до АРТ і має стабільну мак-

симальну вірусологічну супресію (рівень ВН <50 копій РНК ВІЛ/мл у плазмі крові);

- безпечним є запліднення природним шляхом у періоді вікна фертильності за умови, якщо кожен партнер з ВІЛ безперервно отримує АРТ, прихильний до лікування та має стабільну повну вірусологічну супресію тривалістю щонайменше 4–6 місяців до спроби зачаття, що підтверджено двома послідовними дослідженнями з рівнем ВН <50 копій РНК ВІЛ/мл плазми з інтервалом 4 тижні, а до цього зачаття слід уникати;
- необхідно якомога раніше звернутися (в першому триместрі) до лікаря при настанні вагітності для клінічної оцінки, контролю ефективності АРТ, надання комплексної допомоги та підтримки щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини;
- у випадках наявності клінічних ознак важкої або прогресуючої ВІЛ-інфекції та супутніх захворювань у жінки, проінформувати щодо доцільності покращення її здоров'я перед плануванням зачаття;
- штучне вигодовування майбутньої дити-

ни є пріоритетним методом щодо запобігання передачі ВІЛ від ВІЛ-позитивної матері до дитини;

- потенційним батькам варто пройти тестування на ІПСШ (сифіліс, гонорею, хламідіоз, трихомоноз, ВПГ, ВПЛ). Усі виявлені ІПСШ повинні бути проліковані;
- незалежно від наявності/відсутності симптомів, необхідно провести скринінг на вірусні гепатити В та С;
- повідомити про рекомендоване проведення вакцинації проти вірусу папіломи людини та вірусного гепатиту В, якщо жінка ще не була імунізована. Вакцинацію проти ВГВ необхідно завершити до зачаття.

3. ППМД ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

Для всіх вагітних жінок, чий ВІЛ-статус є невідомим, лікар у місці звернення вагітної за антенатальною допомогою має запропонувати:

ДЛЯ ВСІХ ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЧИЙ ВІЛ-СТАТУС Є НЕВІДОМИМ	
1) ПТВ під час першого звернення (скринінг)	
<ul style="list-style-type: none"> • у разі отримання першого негативного результату: 	
2) друге тестування на ВІЛ	
при зверненні до 12 тижнів вагітності	друге тестування на ВІЛ, у терміні вагітності 20–24 тижні
при зверненні в другому триместрі (13–24 тижні включно)	друге обстеження проводиться в 32–36 тижнів вагітності
при зверненні в третьому триместрі (після 24-х тижнів)	друге обстеження з використанням швидких (експрес) тестів при надходженні до пологового стаціонару для розродження.
<ul style="list-style-type: none"> • у разі негативного результату другого тестування на ВІЛ: 	
<p align="center">Для вагітних, які мають підвищений ризик інфікування ВІЛ (жінка з серодискордантної пари; ЛВІН або СП; жінка, яка має нового статевого партнера з невідомим ВІЛ-статусом; жінка, у якої виявлена ІПСШ):</p>	
3) третє обстеження із виявлення серологічних маркерів ВІЛ	
у терміні вагітності 32–36 тижнів або під час пологів	з використанням інструментальних методів або швидких (експрес) тестів

• У разі отримання позитивного результату тестування на ВІЛ:

- вагітну слід негайно поінформувати про це;
- провести післятестове консультування;
- клінічну оцінку;
- забезпечити призначення АРТ у найкоротший термін (за умови готовності жінки розпочати лікування — у день встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція);
- розпочати формування прихильності до АРТ у дитини в разі підтвердженої ВІЛ-інфекції.

У вагітних із негативним результатом дослідження з виявлення антитіл до ВІЛ 1 і 2 типів та позитивним результатом із виявлення та підтвердження наявності антигену р24 ВІЛ-1 **проводиться обстеження з визначення кількісного рівня вірусного навантаження ВІЛ-1** (визначальний рівень вірусного навантаження ВІЛ-1 є підставою для призначення АРТ). Для підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції після отримання результату ВН ВІЛ, вагітній додатково призначається обстеження з виявлення антитіл до ВІЛ для підтвердження сероконверсії.

Алгоритм лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції а також інші обов'язкові критерії якості визначено в [стандартах](#).

ВІЛ-позитивній вагітній жінці лікар має:

- призначити АРТ, у випадку якщо вона ще не розпочала терапію незалежно від кількості клітин CD4 та/або клінічної стадії ВІЛ-інфекції;
- забезпечити лабораторний моніторинг ВІЛ протягом вагітності та після пологів.

Для вагітних, які приймали АРТ до вагітності:

- провести тест на ВН при першому зверненні у зв'язку з вагітністю для виявлення підвищеного ризику внутрішньоутробної передачі ВІЛ;
- далі — щонайменше 1 раз на триместр та на 36 тижні вагітності.

Усіх ВІЛ-позитивних вагітних жінок, які розпочали або продовжують терапію, інформувати та нагадувати протягом вагітності про те, що:

- ефективна АРТ з досягненням цільового показника рівня ВН <50 копій РНК ВІЛ/мл у плазмі крові на час пологів, макси-

мально пригнічуючи реплікацію ВІЛ в організмі жінки, яка живе з ВІЛ, запобігає вертикальній передачі ВІЛ та є ефективним заходом ППМД;

- вибір терміну та способу розродження буде залежати від рівня ВН ВІЛ, що є важливим для профілактики передачі ВІЛ майбутній дитині;
- для збереження здоров'я жінки важливо продовжувати АРТ після пологів.

Усім ВІЛ позитивним вагітним слід пояснити можливі варіанти тактики ведення пологів залежно від клінічного стану жінки та вірусної супресії. Вимоги щодо ведення пологів ВІЛ позитивної жінки визначено в стандартах.

У післяпологовому періоді лікарю слід провести консультування ВІЛ-позитивної жінки щодо:

- пріоритету вибору штучного вигодовування;
- необхідності продовжувати АРТ після пологів протягом усього життя, незалежно від кількості клітин CD4 та/або клінічної стадії ВІЛ-інфекції;
- важливості проведення ранньої діагно-



стики ВІЛ-інфекції та призначення пост-контактної профілактики (ПКП) для новонароджених;

- формування прихильності до АРТ у дитини в разі підтвердженої ВІЛ-інфекції.

Усім ВІЛ-позитивним жінкам під час вагітності та після пологів слід здійснювати оцінку психо-соціального стану та оцінку ризику щодо домашнього/гендерного насильства. При виявленні антенатальної та постнатальної депресії, а також домашнього/гендерного насильства слід направити жінку для отримання відповідної допомоги та підтримки.

4. ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ СТАНДАРТУ ЩОДО ВЕДЕННЯ ВІЛ-ЕКСПОНОВАНИХ ДІТЕЙ

- Здійснення оцінки ризиків щодо передачі ВІЛ від матері до дитини для визначення схеми антиретровірусної профілактики та призначення неонатальної ПКП дитині якомога швидше після народження, у межах перших 4 годин.
- Раннє тестування на ВІЛ, швидке отримання результатів та ранній початок антиретровірусного лікування є вкрай важливими заходами медичної допомоги, з огляду на високий рівень смертності протягом першого року життя серед новонароджених з ВІЛ-інфекцією, які не отримали АРТ.
- Залежно від віку дитини діагностика ВІЛ-інфекції включає тест з визначення нуклеїнових кислот (НК) ВІЛ-1 або серологічний тест. Проведення тестування



за місцем надання медичних послуг та використання технології визначення нуклеїнової кислоти при народженні або в перші дні після народження (0–2 дні), здатні покращити швидке виявлення та негайний початок лікування новонароджених.

- Дітям із першим/початковим позитивним результатом вірусологічного тесту слід розпочати АРТ негайно! Разом з початком лікування необхідно відібрати другий зразок для підтвердження першого позитивного результату вірусологічного тесту. Важливо не допустити затримки із початком АРТ. Негайний початок АРТ рятує життя, з ним не можна зволікати, очікуючи на результати підтверджувального тестування на ВІЛ.
- Якщо після першого позитивного тесту, другий тест негативний, не слід переривати АРТ, необхідно провести третій тест НК. Якщо другий та третій тести НК негативні, рекомендовано завершити/перервати АРТ.
- У разі виявлення клінічних ознак ВІЛ-інфекції в дитини з 2-ма негативними результатами тесту НК ВІЛ у віці до 18 місяців необхідно провести додаткове дослідження НК ВІЛ. При отриманні позитивного результату, вирішується питання про початок АРТ.
- Профілактика пневмоцистної пневмонії (ПЦП) препаратом триметоприм/сульфаметоксазол (ТМП/СМК) призначається всім дітям з 4-тижневого віку до отримання 2 негативних результатів з виявлення нуклеїнових кислот ВІЛ (один — у віці після 6–8 тижнів, другий — у віці після 3-х місяців життя дитини) за умови, що дитина не була на грудному вигодовуванні щонайменше 6 тижнів до першого негативного результату та за відсутності клінічних проявів ВІЛ-інфекції.

Більш детальна інформація для лікарів у [Стандартах медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»](#) затверджених наказом МОЗ України №692 від 26 квітня 2022 року.

ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ ПРО СТИГМУ ЩОДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ?

ЩО ОЗНАЧАЄ СТИГМА?

Стигму можна охарактеризувати як стереотипне упереджене ставлення до певної групи людей. Стигматизація призводить до оцінки людей не за їхніми особистими якостями, досягненнями, компетенціями, а відповідно до стереотипів, що склались у суспільстві. ВООЗ [визначає](#) стигму соціальною детермінантою здоров'я, поряд з освітою, зайнятістю, соціально-економічним становищем.

У контексті здоров'я стигма — це упереджене ставлення до людини або групи людей, які хворіють на певні хвороби. Стигма виходить за рамки індивідуальних бар'єрів доступу до лікування і часто поширюється на структурний рівень і потребує не тільки індивідуальної роботи з пацієнтами чи медичним персоналом, а також втручання на рівні закладів охорони здоров'я та суспільства загалом.

ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ СТИГМАТИЗАЦІЇ

У 2021 році БО «100% життя» за участі Центру громадського здоров'я провели перше масштабне дослідження [«Оцінювання стигми щодо туберкульозу в Україні»](#). Його мета — оцінити стигму як бар'єр з доступу до послуг з діагностики, лікування та профілактики туберкульозу.

За результатами опитування:

- **понад 90%** представників українських громад погоджуються з тим, що бояться людей, які хворіють на туберкульоз;
- **майже всі (97%)** люди, які хворіють на туберкульоз, мають ознаки самостигматизації;
- **більше третини (39%)** людей, які хво-

ріють на туберкульоз, зазначають, що вони особисто стикалися зі стигмою на шляху діагностики та лікування, і це заважало їм отримувати медичні послуги.

Отже, стигма проявляється на різних рівнях: соціальному, самостигматизація, стигма з боку медичних працівників.

Соціальна стигматизація відображає ставлення суспільства загалом. Канадський соціолог Ірвін Хофман [описує](#) **характеристики хвороб, які можуть підлягати стигматизації**, однією з яких є те, що суспільство недостатньо обізнане про хворобу.

І, дійсно, **пануюча в суспільстві думка про туберкульоз пов'язана насамперед з міфами, чутками, стереотипами, а не з науково доведеними фактами**. Більшість людей не цікавиться як поширюється туберкульоз, як проходить його лікування, термінами одужання. На жаль, часто й засоби масової інформації певною мірою сприяють стигматизації людей, які хворіють на туберкульоз.

Стигматизація може призвести до навішування ярликів, стереотипів, дискримінації та іншої негативної поведінки, що впливає на здатність людини працювати й навчатись, отримувати дохід, мати доступ до якісної медичної допомоги, бути частиною свого суспільства.

Крім того, що саме встановлення діагнозу туберкульоз є стресом, більшість людей починають звинувачувати себе, що призводить до **самостигматизації**. Виникає страх повідомити про свій діагноз, страх звернутися по допомогу: медичну, психологічну. Стигма може спонукати людей приховувати свою хворобу, щоб уникнути дискримінації.

Оскільки **медичні працівники** є частиною

широкої громадськості, їхнє ставлення може частково відображати соціальну стигму. Незважаючи на їхню обізнаність про проблему туберкульозу, стигматизація все одно є

поширеною серед медичних працівників. Це в результаті призводить до бар'єрів на шляху лікування туберкульозу.



ОЗНАКИ ТА НАСЛІДКИ СТИГМИ ЩОДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ СТИГМАТИЗАЦІЇ

Один зі слоганів ВООЗ щодо дестигматизації людей, які хворіють на COVID-19, — **«Віруси не дискримінують, і ми не повинні»**. Таке твердження безперечно є актуальним і для бактеріальних хвороб, у тому числі туберкульозу.

Людино-орієнтований підхід є основою лікування туберкульозу. Необхідно обговорювати з пацієнтом методи, етапи та перспективи лікування, отримувати зворотній зв'язок, формувати мотивацію до одужання. Людино-орієнтований підхід полягає в наданні можливості пацієнтам реалізовувати свої права та обов'язки під час лікування від туберкульозу згідно з принципами прозорості, поваги та з урахуванням їхніх цінностей і потреб.

Відповідно до Програми медичних гарантій на 2023 рік щодо діагностики та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, однією з вимог до організації надання послуг є дотримання толерантного ставлення

до пацієнтів відповідно до затвердженої в надавача медичних послуг програми протидії дискримінації та стигматизації хворих на туберкульоз та забезпечення конфіденційності відповідних медичних даних. Насамперед це ставлення відображається в **спілкуванні**.

У наших силах обрати такий стиль комунікації, який допоможе людині почувати себе комфортно під час тестування чи лікування. У нашій роботі ми не можемо оминати технічної термінології, але необхідно уникати слів, які дегуманізують.

Використовуємо: «пацієнти» — для обговорення в колі лікарів, «люди, які хворіють на туберкульоз» — для спілкування. На рівні закладу охорони здоров'я повинна бути розроблена та затверджена програма протидії дискримінації та стигматизації людей, які хворіють на туберкульоз.

Потрібно змінювати мислення, мову та діалог щодо туберкульозу в повсякденному житті. Акцентуємо увагу на людині, а не її особливостях чи хворобі, а саме: «людина,

яка хворіє на туберкульоз», «людина, у якої діагностували туберкульоз», «людина, яка лікує туберкульоз», «людина, яка одужує від туберкульозу», «людина з інвалідністю». Важливо уникати слів та виразів, які вже містять негативне навантаження, не варто також наголошувати на «стражданнях» людини.

Боротьба зі стигматизацією корисна як для окремих людей, так і для суспільства. Наприклад, **зниження стигматизації щодо туберкульозу** зменшує бар'єри для пошуку діагнозу та лікування. Це приносить користь людині через покращення її здоров'я, а суспільству — зменшення тягаря соціально небезпечних хвороб серед населення.

На соціальному рівні **боротьба зі**

стигматизацією допомагає реінтегрувати людей, які хворіють на туберкульоз, у суспільство. Українці важливо підвищувати загальну обізнаність населення про туберкульоз, поширювати інформацію різними каналами комунікації, активізувати інформаційно-просвітницьку діяльність як на національному рівні, так і на рівні громад. Необхідно створити середовище, у якому хворобу та її вплив можна обговорювати та вирішувати відкрито, чесно та ефективно.

Тільки нашими спільними зусиллями ми сформуємо толерантне суспільство, у якому немає місця стигмі й дискримінації людей, які хворіють на туберкульоз, і здобудемо перемогу.

НОВІ КУРСИ НА ПЛАТФОРМІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ЦГЗ

Шановні користувачі платформи дистанційного навчання Центру громадського здоров'я!

Запрошуємо вас на **нові онлайн-курси** безперервного професійного розвитку:

- [Підтримка психічного здоров'я пацієнтів у часи надзвичайних станів](#) — **5 балів БПР**

Курс орієнтований на сімейних лікарів та інших спеціалістів первинної ланки.

- [Прихильність до АРТ і утримання в лікуванні](#) — **20 балів БПР**

Курс призначений для надавачів ВІЛ-послуг, зацікавлених у підтримці прихильності пацієнтів до АРТ, у тому числі лікарів, медсестер, соціальних працівників, психологів, працівників сервісу «рівний рівному».

- [Принципи епідеміології для контролю захворювань](#) — **9 балів БПР**

Курс розрахований на фахівців та управлінців сфери громадського здоров'я, насамперед



лікарів-епідеміологів, а також працівників лабораторної служби та менеджерів охорони здоров'я.

- [Загальна інформація про пандемічний грип. Управління інфекційними захворюваннями](#) — **1 бал БПР**

Курс розглядає базову інформацію щодо механізму передачі, симптомів та лікування пандемічного грипу, його фази, а також фармацевтичні та нефармацевтичні втручання.

- [Дозорний епідеміологічний нагляд за грипом](#) — **7 балів БПР**

Курс розрахований менеджерів охорони

здоров'я, фахівців та управлінців сфери громадського здоров'я, залучених до планування, розробки та впровадження епідеміологічного нагляду за грипом.

- [Ключові аспекти впровадження швидких діагностичних тестів для виявлення антигена SARS-CoV-2 – 4 бали БПР](#)

Цей курс орієнтований на представників міністерства охорони здоров'я, лабораторій, донорів та інших громадських та приватних організацій, які беруть участь у плануванні та впроваджують швидкі діагностичні тести.

Нагадаємо, що через проблеми з

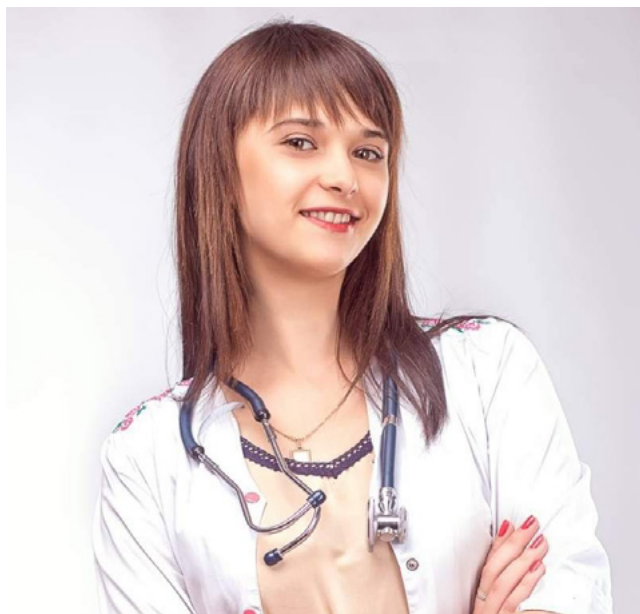
електропостачанням **доступ до навчальних матеріалів** можна гарантовано отримати **в будні з 8:00 до 18:30**.

За недоступності платформи переглядайте навчальні відео курсів на [YouTube-каналі](#) ЦГЗ.

Скласти тести та згенерувати сертифікат ви зможете після відновлення доступу. Якщо у вас відсутнє електропостачання або інтернет, але ви хотіли би продовжити перегляд з мобільного пристрою – ви можете попередньо завантажити ці відео в застосунку YouTube або скористатись одним із численних сервісів для завантаження відео.

ДОПОВІДІ З КОНФЕРЕЦІЇ HIV DRAG THERAPY GLASGOW 2022

Міжнародна конференція з медикаментозної терапії ВІЛ-інфекції (HIV DRAG THERAPY) є міжнародною експертною платформою для обговорення вченими та практиками тем, щодо медикаментозного лікування та профілактики ВІЛ. Цьогоріч захід відбувся у м. Глазго, Велика Британія, 23–26 жовтня 2022 року.



АЛЛА ТРОЦЕНКО,
ЛІКАРКА-ІНФЕКЦІОНІСТ ВІДДІЛУ
УПРАВЛІННЯ ТА ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ЦГЗ

З доповідями на конференції виступили також і фахівчині відділу управління та протидії ВІЛ Центру громадського здоров'я – **Алла Троценко, Діана Шевченко та Анна Коваль**. А також **Сергій Антоняк**, фахівець ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л. В. Громашевського НАМН України».

Представники з України поділилися досвідом і досягненнями в протидії ВІЛ-інфекції, попри виклики пандемії COVID-19 та повномасштабного військового вторгнення росії в Україну.

ПОСТЕРНА ДОПОВІДЬ «ШВИДКИЙ ПОЧАТОК АРТ В УКРАЇНІ», АЛЛА ТРОЦЕНКО Й ДІАНА ШЕВЧЕНКО

Доповідь мала на меті розказати, як в умовах воєнного стану, активних бойових дій та тимчасової окупації частини територій країни, медична галузь України продовжує працювати над виявленням ВІЛ-інфекції та раннім залучення до АРТ усіх, у кого виявили ВІЛ.

Охоплення стратегією раннього початку АРТ значної кількості людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ) сприяє попередженню передачі ВІЛ

партнерам ЛЖВ, відтак стримуючи прогрес епідемії. Україна з 2016 року досягла прогресу щодо призначення АРТ протягом 7 днів від моменту встановлення діагнозу ВІЛ.

Так, за результатами 2021 року 70%, проти 31% у 2016 році, а в I кварталі 2022 року цей показник сягнув 83%.

Rapid initiation of ART in Ukraine

HIV Glasgow 2022



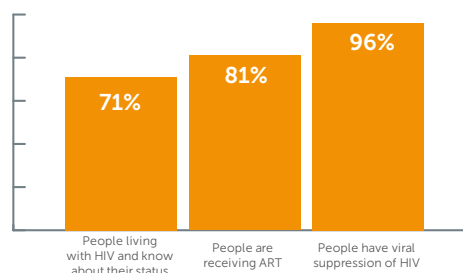
PUBLIC HEALTH CENTER



Background:

At the end of 2021, Ukraine's progress in achieving the UNAIDS 95-95-95 goals was that 71% of people living with HIV knew about their status, 81% of them are receiving ART and 96% have viral suppression. According to the recommendations of the WHO in 2017, Ukraine implements the rapid appointment of ART, ideally within the first 7 days, to accelerate the overcoming of the HIV epidemic.

The HIV treatment cascade



Materials and methods:

We evaluated the data from all regions of Ukraine during January-December 2016 and 2021, according to the legally approved reporting forms and the electronic medical system "Monitoring of socially significant diseases".

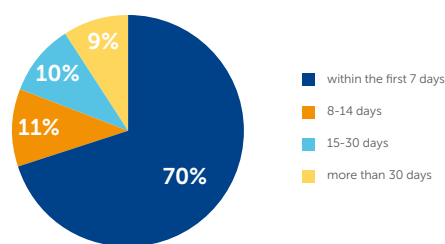


Results:

In Ukraine, as of the end of 2021, 1,923,468 HIV examinations were conducted. 17,289 newly diagnosed PLHIV were involved in medical supervision, 25% of them had HIV clinical stage IV, which indicates the untimely detection of HIV-infected patients and how the result is late involvement in ART, treatment and prevention of OI.

During 2021, 16,660 PLHIV started ART for the first time. 70% of them received ART within the first 7 days from the moment of the screening study, 8-14 days — 11%, 15-30 days — 10%, more than 30 days — 9%, which is significant progress compared to 2016, in which it was about 31% of PLHIV received ART within first 7 days.

The HIV treatment cascade



This progress may be related to the increase in the specific weight of the use of rapid tests to establish a diagnosis of HIV on the same day.

During the first quarter of 2022, the number of HIV tests decreased by 36% compared to the first quarter of 2021, and the absolute number of positive results decreased accordingly, which can be associated with the start of a full-scale war in Ukraine. However, the rapid initiation of ART within the first 7 days among newly diagnosed PLHIV in 2022 is 83%.



Conclusions:

Despite the challenges facing Ukraine today, healthcare institutions continue to perform their work quickly and efficiently (initiation of ART within the first 7 days 83% in I quarter 2022). Due to the high speed of initiation of ART, a significant number of PLHIV are able to maintain their quality of life and health and will not transmit HIV to their index partners, which makes it possible to stop the spread of HIV in Ukraine.

ДОПОВІДЬ «НОВІ ВИКЛИКИ ВПРОВАДЖЕННЯ ДКП ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ», АННА КОВАЛЬ

Доповідачка висвітлила досягнення України у впровадженні медикаментозної доконтактної профілактики ВІЛ (ДКП) у період з 2017 до 2022 року. Попри війну лікарі в Україні призначають та видають ДКП. Майже половина всіх клієнтів програми ДКП розпочала прийом ДКП саме у 2022 році.

В Україні забезпечення сталості та продовження надання якісних послуг із ДКП зараз можливі тільки завдяки налагодженій співпраці та оперативному реагуванню на виклики пов'язані з війною всіх: закладів охорони здоров'я, неурядових організацій і міжнародних партнерів.

ДОПОВІДЬ «ВІЛ-СЕРВІСИ ТА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ: ПРИКЛАД З УКРАЇНИ», СЕРГІЙ АНТОНЯК

Доповідь висвітлювала ситуацію з роботою ВІЛ-сервісів під час війни в Україні — міграційні процеси ЛЖВ, як всередині країни, так і за її межі, роботу «сайтів» видачі АРТ в умовах воєнного стану та відслідковування пацієнтів, у тому числі довгострокові видачі АРВП, можливість адресної доставки АРВП до внутрішньо переміщених клієнтів, можливість користуватися онлайн-платформами, з допомогою яких можна отримати АРТ як в Україні, так і інших країнах Європи.

ДОПОВІДІ ЕКСПЕРТІВ З ІНШИХ КРАЇН СВІТУ

Упродовж чотирьох днів конференції було чимало доповідей від експертів з усього світу, деякими з них ми б хотіли з вами поділитися.

На сесії під креативною назвою «**Диявол носить GP120**» були представлені доповіді про порушення імунної регуляції в ЛЖВ, проблеми, яка залишається актуальною на сьогодні.

Відомо, що GP120 відіграє важливу роль у

зв'язуванні ВІЛ із клітинами-мішенями, але останні дослідження показують, що ця роль може бути набагато більшою. Як приклад, покращення імунної реконституції пацієнтів зі слабкою або частковою відповіддю CD4 на АРТ. Хоча клітини CD4 та співвідношення CD4/CD8 покращуються в більшості пацієнтів після досягнення вірусної супресії ВІЛ, імунна відповідь може бути сповільненою в пацієнтів із великим досвідом лікування або тих, хто починає терапію з дуже низькою кількістю CD4. GP120 може мати велику вагу у цих пацієнтів, і його інгібування препаратом темсавір може забезпечити клінічну користь.

Доктор Мілош Парцевські з кафедри інфекційних захворювань, тропічної медицини та імунодефіциту Поморського медичного університету в Щецині (Польща), представив **ситуацію з продовження АРТ зовнішньо переміщеними ЛЖВ у Польщі**.

Згідно з представленими даними, кількість переселенців ЛЖВ з України є нижчою, ніж очікували польські фахівці. Однак виникла проблема з пацієнтами з України, які отримують комбіновану схему АРТ TDF/3TC/DTG генеричні препарати, оскільки Польща не має доступу до генеричного долутегравіру. Тому 42% пацієнтів, які отримували в Україні схему TDF/3TC/DTG, були переведені на схему TDF/FTC+DTG, 9% на TAF/FTC+DTG, а 34% отримали комбінований препарат — 1 таблетку TAF/FTC/BIC.

Також доповідач зазначив, що протягом російсько-української війни, **52 громадянам України в Польщі було діагностовано ВІЛ-інфекцію вперше**. Середній вік пацієнтів складає 30 років, рівень вірусного навантаження — 170 000 РНКкоп/мл та 77% пацієнтів мали рівень CD4 нижче 350 кл/мл. Також 19 із 52 пацієнтів (37%) мали СНІД-індикаторні захворювання такі як: пневмоцистна пневмонія, токсоплазмоз, системний кандидоз, активний туберкульоз, нетуберкульозна мікобактеріальна інфекція. **Усі пацієнти були обстежені на ВІЛ-інфекцію під час звернення по медичну допомогу через інші захворювання**.

Доктор Селія Йонссон-Олденбюттель з Громадського центру охорони здоров'я Мюнхена (Німеччина) представила результати **дослідження в когорті CARLOS**, яке проводиться на базі шести клінік у Берліні, Кельні та Мюнхені.

У 230 ЛЖВ, включених до дослідження, було невизначальне вірусне навантаження перед початком дослідження. Усі пацієнти протягом першого місяця приймали перорально каботегравір/рілпівірин (СAB/RPV), після чого отримали перші дві ін'єкції з інтервалом один місяць, а потім ін'єкції продовжили з інтервалом у два місяці.

Згідно з першими результатами дослідження незадоволеність пацієнтів прийомом АРТ зменшилася вдвічі після шестимісячного досвіду лікування ін'єкційними препаратами (першічотириін'єкції), 89,5% пацієнтів із вибірки мали невизначальне вірусне навантаження. З 22 пацієнтів, які не продовжили терапію, лише двоє мали вірусологічну невдачу, у вигляді двох послідовних вірусних навантажень понад 200 РНКкоп/мл протягом шести місяців, і лише чотири інших мали вірусне навантаження вище 50 РНК коп/мл. Шість пацієнтів припинили прийом через побічні реакції в місці ін'єкції. Що стосується причин вірусологічної невдачі лікування ін'єкційними препаратами, лише 2% мали підтипи ВІЛ А6 або А1, а 12% мали індекс маси тіла понад 30, що вказує на ожиріння.

Однією з проблем стала відсутність тестування на резистентність до антиретровірусних препаратів. Оскільки 39% пацієнтів когорти CARLOS не проходили тест на резистентність протягом останніх кількох років до переходу на ін'єкційні препарати, якась частина пацієнтів могла бути інфікована ВІЛ із наявною резистентністю до інгібіторів інтегрази або, що більш імовірно, до ННІЗТ. Наразі відомо, що один із пацієнтів із вірусологічною невдачею мав резистентність до ННІЗТ, що, ймовірно, стало причиною стійкості вірусу до рилпівірину. Планована тривалість дослідження — три роки, планується включення більшої кількості ЛЖВ.

Частина доповідей конференції стосувалася супутніх захворювань у ЛЖВ, таких як: ішемічна хвороба серця, інсульт, серцева недостатність, легенева емболія, гіпертензія, дисліпідемія, діабети, астма/обструктивні захворювання легень, вірусні гепатити В та С, інфекційні захворювання, рак, депресія.

Зокрема, **Франсуа Провото дю Кларі**, представник Центру сексуального здоров'я університетської лікарні Тулузи (Франція), **представив дані дослідження СОСОВІН**, яке спирається на анонімні записи з національної бази даних охорони здоров'я, яка включає >90% населення Франції, зареєстрованого в CNAM (Національний фонд медичного страхування).

Когорту ЛЖВ та контрольну групу відповідних за віком і статтю було взято з Національної бази даних системи охорони здоров'я Франції (SNDS). ЛЖВ були ідентифіковані між 2006 і 2019 роками та спостерігалися до 2019 року. Частота смертей була оцінена та порівняна між обома групами. Супутні захворювання були ідентифіковані з допомогою класичних алгоритмів, які використовуються в цій базі даних (коди МКХ-10, конкретні препарати чи процедури тощо).

Згідно із цим дослідженням **коморбідність із вище вказаними захворюваннями в ЛЖВ значно перевищує показники коморбідності в людей без ВІЛ-інфекції**. Найбільший відсоток супутніх захворювань у ЛЖВ складають **гіпертензія** — 26,6% проти 19,6% у загальній популяції, **обструктивні захворювання легень** — 16,8% проти 10,9% у загальній популяції, **вірусний гепатит С** — 12,9% проти 0,5% у загальній популяції, **вірусний гепатит В** — 5,7% проти 0,2% у загальній популяції, **інфекційні хвороби** — 38,8% проти 8,1% у загальній популяції.

Також у ЛЖВ **доведено вдвічі вищу кількість діагностованих** ішемічної хвороби серця, інсульту, легеневої емболії та серцевої недостатності, ніж у неінфікованих пацієнтів. Майже половину від усіх випадків смертей у ЛЖВ із супутніми захворюваннями складають інфекційні хвороби (48%), на другому

місці вірусний гепатит С, який складає 17% від причин смерті серед ЛЖВ. Переважна більшість смертей ЛЖВ спостерігається серед

жінок та людей молодого віку (30–40 років).

[Ознайомитися з повним переліком та матеріалами усних та постерних презентацій](#)

ЯК ПОЯСНИТИ ПАЦІЄНТУ, ЩО ПРИЙМАТИ АНТИБІОТИКИ НЕМАЄ СЕНСУ?

Стійкість до антибіотиків є однією з найбільших проблем охорони здоров'я нашого часу. Існує не так багато варіантів лікування хворих людей, інфікованих бактеріями, які стійкі до антибіотиків, і, на жаль, таких варіантів з часом стає все менше. Про це свідчать звіти всіх українських і міжнародних організацій, які працюють у сфері охорони здоров'я. Тобто проблема стійкості бактерій до антибіотиків не є вигадкою, а наша з вами реальність, від якої неможливо просто відокремитися.

Через широку доступність антимікробних препаратів у аптечних мережах, пацієнти нерідко самовільно «призначають» самі собі ці ліки, займаються самолікуванням, вживають ліки за порадою інших людей. На їхнє переконання, антибіотики — універсальна зброя проти недуг і запорука швидкого одужання. Тому часто лікарі стикаються з ситуаціями, коли пацієнти тиснуть і вимагають призначити їм антибіотики.

Як бути в таких ситуаціях і як переконати пацієнта, що антибіотики потрібні не завжди?

- **Почніть розмову з пояснення що таке бактерії та віруси й у чому між ними різниця.**

Бактерії — це мікроорганізми, які можуть знаходитися як всередині нашого організму, так і поза ним. Більшість бактерій не є шкідливими, інколи вони можуть навіть бути корисними для людей. Проте деякі з них можуть спричинити інфекційні хвороби.

Віруси — більш простіші мікроорганізми, ніж бактерії, вони не мають оболонки (клітинної стінки), мікроскопічних структур (органел),

які притаманні живим клітинам, і не можуть тривалий час існувати поза межами іншого організму.

І бактерії, і віруси можуть призводити до інфекційних хвороб, але їхнє лікування буде відрізнятися внаслідок різних особливостей їхньої будови.

- **Розкажіть, чому в одному випадку нам потрібно приймати антибіотик, а в іншому — ні?**

Антибіотики — це ліки, які борються з інфекційними хворобами, що спричинені саме бактеріями, вбиваючи їх або ускладнюючи їхній ріст і розмноження, і зовсім не впливають на віруси. У вірусів просто фізично відсутні «мішені», на які діють антибіотики.

Тільки один випадок нежиті з десяти спричинений бактеріями. При інфекційних хворобах, до яких призвели віруси, наприклад, при грипі, застуді або нежиті — приймати антибіотик недоцільно! Оскільки він не полегшить стан пацієнта, але в короткостроковій перспективі може спричинити небажані побічні ефекти, а в довгостроковій — сприяти розвитку стійкості



бактерій до антибіотиків.

Наголосіть також, що й не **при всіх бактеріальних інфекціях пацієнтам потрібний буде антибіотик**. Наприклад, при деяких вушних інфекціях або інфекціях приносних пазух, які спричиняють бактерії, антибіотик буде непотрібний, оскільки зазвичай ці хвороби проходять самі собою, без застосування антибіотиків.

Лікарям важливо пояснювати, що **антибіотики — не завжди є рішенням, коли**

пацієнт хворіє, важливо використовувати їх лише тоді, коли вони дійсно потрібні. І призначати антибіотики можете лише ви — лікарі!

Ми підготували низку [порад для медичних працівників](#), які допоможуть значно покращити ефективність і безпеку антибактеріальної терапії.

А також нагадаємо [про онлайн-курс для лікарів про антимікробну резистентність](#).

СЕКРЕТ СТІЙКОСТІ СИСТЕМИ ПРОТИДІЇ ВІЛ У М. ОДЕСА

Зараз Україна проходить час випробувань на стійкість усіх систем забезпечення життєздатності країни. На першій лінії випробувань — оборона, енергозабезпечення та медична галузь.

Про те, як у м. Одеса зуміли забезпечити у 2022 році, попри виклики війни, комплексні пацієнтоорієнтовані ВІЛ-послуги розповів **Олександр Бабенко**, директор КНП «Центр профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом» Одеської міської ради (далі — Центр СНІДу м. Одеса).

Для того, щоб розказати як у м. Одеса



ОЛЕКСАНДР БАБЕНКО,
ДИРЕКТОР КНП «ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИКИ
ТА БОРЬБИ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ/СНІДОМ»
М. ОДЕСА

долають виклики пов'язані з війною, потрібно розказати про те, який шлях пройшов наш центр та м. Одеса в минулі роки для створення ефективною та сталою системи протидії ВІЛ-інфекції.

ПРО СИСТЕМУ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В М. ОДЕСА

З моменту свого заснування у 2005 році Центр СНІДу м. Одеса будувався за принципом децентралізації. Наразі він представлений 12 кабінетами «Довіра», які розміщені в 7 місцях надання медичної допомоги у всіх 4 районах міста (5 розташовані в закладах охорони здоров'я міста, 7 у власній будівлі Центру та його філії).

Такий підхід є **пацієнтоорієтованим**, адже спрощує маршрут пацієнта, покращує доступність медичних послуг, забезпечує право пацієнта обирати зручне місце отримання медичних послуг.

2017 рік став поворотним моментом у протидії епідемії ВІЛ-інфекції. Одеса приєдналася до **ініціативи Fast-Track**. З цього моменту в місті було створено принципово нову, комплексну систему протидії епідемії ВІЛ-інфекції, яка знайшла своє втілення в міських цільових програмах протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусним гепатитам та опіоїдній залежності у м. Одесі,

«Fast-Track Odesa» на 2018–2020 роки та на 2021–2023 роки (далі — Програма).

До виконання заходів Програми залучені не тільки міський Центр СНІДу, а й міська влада, заклади охорони здоров'я підпорядковані міському департаменту охорони здоров'я (далі — ЗОЗ м. Одеса) та громадські організації, що працюють у цій сфері.

ОДЕСЬКІ НОУ-ХАУ

Основним нововведенням Програми стала **система роботи мультидисциплінарних команд** (далі — МДК). Рішення про їх створення закріпив відповідний наказ Департаменту охорони здоров'я м. Одеса. До системи залучили ЗОЗ м. Одеса з надання як первинної, так і спеціалізованої медичної допомоги.

Основне завдання МДК — виявлення ВІЛ-позитивних у ЗОЗ м. Одеса та зменшення втрат пацієнтів на етапі їх перенаправлення по медичну допомогу до Центру СНІДу м. Одеса.

Налагоджена взаємодія членів МДК забезпечує діагностику ВІЛ-інфекції під час лікування в ЗОЗ м. Одеса, а для людей, у яких виявляють ВІЛ, — ранній початок лікування, комплексну багатопрофільну медичну допомогу та послуги догляду та підтримки в громадській організації.

МДК складаються із 3 людей: заступник директора з медичної частини ЗОЗ м. Одеса, соціальний працівник громадської організації, лікар кабінету «Довіри» міського центру СНІДу за територіальним принципом.

Кожен член команди виконує своє завдання. Так, заступники директорів із медичної частини лікарень м. Одеса відповідають за:

- організацію тестування на ВІЛ швидкими тестами в ЗОЗ;
- перенаправлення до Центру СНІДу м. Одеса;
- щотижневе інформування ДООЗ м. Одеса щодо виявлення ВІЛ.

Соціальний працівник громадської

організації відповідає за:

- соціальний супровід пацієнта під медичне спостереження;
- формування прихильності до лікування.

Лікар кабінету «Довіри» Центру СНІДу м. Одеса:

- проведення дообстеження;
- призначення АРТ (у тому числі безпосередньо під час лікування вперше виявлених пацієнтів із ВІЛ-інфекцією в стаціонарах лікарень м. Одеси з приводу основних захворювань);
- організацію комплексного лікування на базі Центру СНІДу м. Одеса;
- надання консультативної та методичної допомоги.

Такий розподіл функцій та узгодженість дій членів МДК сприяли активному діагностуванню ВІЛ-інфекції, високому рівню доведення пацієнтів до взяття під медичний нагляд та ранньому призначенню АРТ.

ДОКАЗИ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ МДК У М. ОДЕСА

Моніторинг та оцінку здійснює епідеміолог Центру СНІДу м. Одеса. Щотижнево ЗОЗ м. Одеса звітують про кількість протестованих та виявлених ЛЖВ, кабінети «Довіра» — про взяття на облік. Інформація подана закладами узагальнюється та верифікується з інформаційною системою «Моніторинг соціально-значущих хвороб».

За 10 місяців 2022 року **результативність тестування на ВІЛ** у ЗОЗ м. Одеса складає 5,9% проти 2,2% у 2017 року до приєднання до ініціативи Fast-Track, **взяття вперше виявлених ЛЖВ під медичний нагляд** — 98,5% проти 60% у 2017 році, **призначення АРТ** — 100% проти 50% у 2017 році.

Завдяки призначенню АРТ уперше виявленим пацієнтам безпосередньо під час лікування пацієнтів у стаціонарних відділеннях ЗОЗ м. Одеса, поступово відбулося скорочення термінів призначення АРТ із моменту виявлення ВІЛ. У 2022 році цей термін складає до 7 днів. Кількість призначень АРТ уперше виявленим пацієнтам із ВІЛ-інфекцією склало 93,5%.

ПРО ВИКЛИКИ У 2022 РОЦІ

З 24 лютого 2022 року в м. Одеса основними викликами щодо протидії епідемії ВІЛ-інфекції та забезпеченні безперервності та комплексності допомоги людям, які живуть із ВІЛ, або належать до ключових груп ризику щодо інфікування ВІЛ, стали **порушення логістики та затримки централізованих поставок препаратів АРТ, ЗПТ, затримки поставок тест систем для визначення вірусного навантаження та CD-4.**

Ми розуміли ризики через невизначеність термінів поставок. Тож спрацювали командою: підраховали залишки препаратів, розрахували терміни, на які мало їх вистачити для всіх хто перебував під медичним наглядом, оптимізували видачу препаратів пацієнтам. Також ми отримали підтримку від Центру громадського здоров'я, громадських організацій БО «100% життя», Альянсу громадського здоров'я. Партнери допомогли здійснити додаткові закупівлі. Завдяки мобілізації та об'єднанню зусиль ми вистояли. З квітня централізоване постачання АРВП відновилося. **За час із лютого до квітня 2022 року жоден пацієнт не перервав АРТ за причини відсутності препаратів.**

ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ У 2022 РОЦІ

Звісно, обсяги тестувань на ВІЛ за допомогою швидких тестів, а отже виявлення ВІЛ, на початку активних бойових дій скоротились. Насамперед це відбулось унаслідок того, що частина ЗОЗ м. Одеса тимчасово не працювали для прийому планових пацієнтів, готуючись до допомоги в екстрених ситуаціях.

Проте, постали нові запити через війну — обстеження мобілізованих перед відправкою на фронт. До нас звернулися пункти мобілізації з проханням про допомогу з обстеженнями. Центр СНІДу м. Одеса відгукнувся, забезпечивши тестування на ВІЛ, сифіліс, вірусні гепатити швидкими мультитестами. Завдяки співпраці всі потребуючі в додаткових обстеженнях та лікуванні скоро-

вані до відповідних ЗОЗ.

Також Центр СНІДу м. Одеса проводив тестування на ВІЛ у пунктах для ВПО. Усім, хто потребував лікування або його продовження, — ми надали допомогу.

Тож станом на жовтень 2022 року Центр СНІДу м. Одеса виконав плановий обсяг тестувань на ВІЛ та замовляє нову поставку швидких тестів для продовження роботи Програми Fast-Track.

Додатково Центр СНІДу м. Одеса для підвищення кваліфікації медичних працівників задіяних у виявленні ВІЛ, сумісно з БО «100% життя. Одеса» провів 15 тренінгів на тему «Тестування швидкими тестами на ВІЛ за ініціативою медичного працівника» для 283 медичних працівників у всіх закладах охорони здоров'я міста.

СЕКРЕТ СТІЙКОСТІ СИСТЕМИ ПРОТИДІЇ ВІЛ У М. ОДЕСА

Ми продовжуємо працювати та забезпечувати виявлення ВІЛ, безперервність комплексної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, ключовим групам ризику завдяки рокам цілеспрямованих, системних і згуртованих зусиль та співпраці медичних закладів міста, центру СНІДу, громадських організацій та підтримці міської влади та донорів.

Єднання та мультидисциплінарний підхід і є секретом успіху м. Одеса в організації виявлення ВІЛ, наданні комплексної пацієнторієнтованої медичної допомоги та послуг догляду та підтримки всім, хто потребує.



КОЛЕКТИВ КНП «ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИКИ ТА БОРТЬБИ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ/СНІДОМ» М. ОДЕСА