



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ЩОМІСЯЧНИЙ ДАЙДЖЕСТ НОВИН

ГРУДЕНЬ 2021

Шановні колеги!

Центр громадського здоров'я щиро вітає вас з зимовими святами!

Віддаючи себе професії і турботі про людей, ви часом забуваєте, що таке вихідні або спокійний відпочинок. І як ніхто заслуговуєте на нього. До вас приходять з болем і надією, тривогами і вдячністю. Тому у сповнену чарівною магією святкової пори бажаємо вам завжди мати час насолоджуватись сімейним затишком, бути оточеними теплом сердець найдорожчих вам людей, і звісно ж – бути здоровими.

Нехай ці свята принесуть кожному з вас найочікуваніші миті щастя!



СУЧАСНІСТЬ ТА МАЙБУТНЄ ДОКОНТАКТНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ

Згідно даних UNAIDS, доконттактна профілактика була схвалена у 2013 році як дієвий захист від ВІЛ-інфекції. З 2015 року ВООЗ рекомендує впроваджувати медикаментозну профілактику в якості комбінованої профілактики ВІЛ для людей із ключових груп щодо інфікування ВІЛ. Станом на 2019 рік, більше 590 000 людей із усього світу хоча б один раз в житті отримували доконттактну профілактику ВІЛ (далі — ДКП/PrEP).

Станом на 1 грудня 2021 року в Україні 6190 людей є активними користувачами пероральної доконттактної профілактики інфікування ВІЛ. В Україні близько 7000 людей хоча б один раз у житті отримували ДКП/PrEP. На сьогодні ДКП/PrEP можна отримати у близько 200 закладах охорони здоров'я по всій території України.

Доконттактна профілактика — це прийом пероральних антиретровірусних препаратів людьми, які не інфіковані ВІЛ, але мають високий ризик інфікування.

Згідно [наказу №189 «Стандарт охорони здоров'я з надання доконттактної та постконттактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції» від 05.02.2021 року](#) **медикаментозну доконттактну профілактику ВІЛ в Україні може отримати кожна людина, яка має підвищений ризик інфікування ВІЛ, а саме:**

- чоловіки, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ);
- люди, що використовують наркотики ін'єкційно (ЛВІН);
- люди, які надають сексуальні послуги за винагороду;
- представники/представниці дискордантних пар;
- люди, які часто змінюють сексуальних партнерів та не користуються презервативами.

Варто зауважити, що **Україна є однією з країн, які затвердили дві схеми прийому**



препарату:

— Щоденна схема прийому ДКП/PrEP призначається усім, хто має підвищений ризик інфікування ВІЛ. За цією схемою приймається 1 таблетка на добу в один і той самий час протягом періоду, коли зберігається ризик інфікування ВІЛ та ще 28 днів після його припинення;

— Схема за потребою або «2+1+1»: її ефективність доведена лише для цисгендерних ЧСЧ (тобто чоловіків, у яких гендерна ідентичність збігається з біологічною статтю та які практикують секс із чоловіками). Необхідно зазначити: перші дві таблетки приймаються за 2-24 години перед сексуальним контактом, потім третя таблетка приймається через 24 години після перших двох, а четверта — через 48 годин після прийому перших двох таблеток.

Станом на сьогодні проведено 11 клінічних рандомізованих досліджень в різних країнах світу та доведено, що медикаментозна доконттактна профілактика ВІЛ з використанням антиретровірусних препаратів різко знижує ризик інфікування людей з груп підвищеного ризику.

З липня 2021 року оновлені рекомендації ВООЗ пропонують жінкам для профілактики ВІЛ-інфекції використовувати вагінальне

кільце з дапівірином, змінюючи його 1 раз на місяць протягом усього періоду підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Даний метод профілактики може використовуватись для захисту жінок, що не бажають або не можуть отримувати препарат перорально. Варто зазначити, що ризик інфікування ВІЛ знижується через 24 години після введення кільця. Даний метод профілактики має певні переваги: відсутня необхідність приймати препарат на щоденній основі, відсутність побічних ефектів, які можуть виникнути при прийомі пероральної ДКП/PrEP на першому місяці використання.

Важливо зазначити, що в усьому світі постійно проводяться дослідження з використання пролонгованих методів лікування та профілактики ВІЛ-інфекції:

— ін'єкційних: використання каботегравіру

для ЧСЧ 1 раз на 2 місяці;

— підшкірних: використання пролонгованого ленакапавіру до 25 тижнів, що захищає від анального шляху інфікування ВІЛ;

— імплантів: підшкірний імплант іслатавіру 1 раз на рік.

За [посиланням](#) ви можете дізнатися більше про різні етапи клінічних досліджень, які проводяться задля мінімізації ризиків інфікування ВІЛ шляхом використання різноманітних медикаментозних методів (оральні пігулки, вагінальні кільця, вагінальні та ректальні гелі, вагінальні плівки, ін'єкційні антиретровірусні препарати пролонгової дії і т.д.).

Україна активно слідкує за світовими тенденціями комбінованих методів профілактики ВІЛ та намагається активно впроваджувати їх, йдучи в ногу з часом!

ЯКЩО ВІРУС ВІЛ НЕ ВИЗНАЧАЄТЬСЯ, ЗНАЧИТЬ ВІН НЕ ПЕРЕДАЄТЬСЯ

Актуальною проблемою сучасності як у світі, так і в Україні, залишається епідемічна ситуація щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу. Станом на 1 грудня 2021 року в Україні близько 80 тисяч людей не знають, що у них є ВІЛ-інфекція, що в свою чергу означає високий ризик смертності та поширення ВІЛ-інфекції у подальшому.

Ще декілька десятиліть тому ВІЛ-інфекцію вважали виразом та сприймали як щось невимовно страшне, неконтрольоване та смертельне.

Важливим відкриттям на шляху до подолання ВІЛ-інфекції стала формула U=U. Це скорочення від «Undetectable = Untransmittable», що у перекладі з англійської означає «Не визначається = Не передається». В Україні ми поспілкуємося скороченням H=N.

Суть формули: якщо людина, яка живе з ВІЛ, протягом щонайменше півроку щоденно отримує лікування, то кількість вірусу в крові знижується до мінімуму (так зване невизначуване вірусне навантаження). А це означає, що вона не може передати ВІЛ своєму статевому партнерові або партнерці.



Формула H=N особливо важлива з огляду на те, що упередження та дискримінація щодо людей, які живуть з ВІЛ, все ще поширені в Україні. Щоб підтвердити ефективність формули H=N, необхідно розглянути поняття невизначуваного рівня вірусного навантаження та підсумувати результати ключових досліджень за останні роки.

ДОВІДКОВО:

Невизначуваний рівень вірусного наван-

таження — це стан ВІЛ-позитивної людини, за якого кількість вірусних часток у крові є нижчою за поріг чутливості тестів на вірусне навантаження — менше 40 копій РНК в 1 мл крові.

Коли людина, яка живе з ВІЛ, приймає антиретровірусну терапію не менше 6 місяців, кількість вірусу ВІЛ в її крові знижується до невизначуваного рівня, що практично унеможливорює ризик статевої передачі вірусу ВІЛ-негативному партнерові. Це і є основним принципом формули Н=Н.

ОСНОВНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наукові докази на користь ефективності формули Н=Н були зібрані з чотирьох основних досліджень: «HPTN-052», «PARTNER», «Opposites Attract», «PARTNER 2». Вони проводились в період з 2011 по 2018 роки в більш ніж двадцяти країнах світу та включали в себе обсерваційні, рандомізовані дослідження, систематичні огляди та висновки експертів.

У згаданих вище дослідженнях взяли участь тисячі гетеросексуальних та ЧСЧ-пар, в яких один партнер живе із ВІЛ, а інший — ні. У більшості випадків під час статевих актів партнери та партнерки не використовували презервативи та доконтактну профілактику (ДКП/PrEP). У ході досліджень не було встановлено жодної передачі ВІЛ-інфекції від ВІЛ-позитивного партнера, який мав невизначуваний рівень вірусного навантаження.

Також було наголошено на тому, що якщо

людина не використовує презервативи під час статевого акту, то вона не захищена від інших інфекцій, що передаються статевим шляхом. Аналогічно, якщо людина не приймає ДКП/PrEP і практикує статеві стосунки з людиною, ВІЛ-статус якої їй невідомий або рівень вірусного навантаження якої не є невизначуваним, ризик інфікування ВІЛ у неї високий.

ВИСНОВКИ

Враховуючи зазначене вище, можна з упевненістю говорити про те, що формула Н=Н підтверджена. Отже, людина, яка живе з ВІЛ і щоденно отримує лікування щонайменше протягом шести місяців, має невизначуваний рівень вірусного навантаження і не може передати ВІЛ своєму статевому партнерові.

А це означає те, що люди, які живуть з ВІЛ, можуть створювати повноцінні сім'ї, народжувати дітей, бігати марафони та робити кар'єру, старіти й виходити на пенсію — так само, як люди, які живуть без ВІЛ. Однак, єдиною умовою залишається щоденний прийом антиретровірусної терапії, яка, здебільшого, представлена лише однією таблеткою, але гарантує довготривале та повноцінне життя!

P.S. Також не забуваємо про презервативи та доконтактну профілактику ВІЛ (ДКП/PrEP), які гарантують повноцінний захист від інфекцій, що передаються статевим шляхом, та мінімізують ризик інфікування ВІЛ-інфекції серед партнерів з невідомим ВІЛ-статусом, або з визначальним рівнем вірусного навантаження.

ТУБЕРКУЛЬОЗ І ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ COVID-19

Хоча досвід лікування COVID-19 у людей, хворих на туберкульоз, залишається обмеженим, є факти, що свідчать про те, що ймовірність летального результату серед хворих на COVID-19, які також хворі на туберкульоз, вищі, ніж серед інших пацієнтів із COVID-19. Не дивно, що пацієнтам із серйозним захво-

рюванням легень, таким як туберкульоз, або з ураженням легень у результаті туберкульозу стає гірше, якщо вони інфікуються ще однією гострою респіраторною інфекцією, такою як COVID-19.

Крім того, і COVID-19, і туберкульоз мають

загальні фактори ризику менш сприятливих результатів, особливо у разі наявного діабету чи похилого віку.

Люди, які хворіють на туберкульоз, повинні вживати запобіжні заходи, рекомендовані органами охорони здоров'я, щоб захистити себе від COVID-19 та продовжувати лікування туберкульозу відповідно до призначень медиків. Про це також йшла мова в одному з ефірів UNICEF Ukraine за участю завідувачки відділу управління та протидії туберкульозу Центру громадського здоров'я Яни Терлеєвої та медичною експерткою ЮНІСЕФ Катериною Булавіною. Переглянути запис ефіру можна [тут](#).

Поява вакцин проти COVID-19 є важливою подією з огляду захисту населення, у тому числі людей, хворих на туберкульоз, від інфекції або серйозних наслідків пандемії. Наявність туберкульозу не є протипоказанням для вакцинації проти COVID-19. Більше про це йдеться в [інформаційній записці ВООЗ](#).

Люди, які хворіють на туберкульоз, вважаються однією з найуразливіших груп населення. У них уражені легені та ослаблений імунітет, що робить їх важчими, у них частіше



виникають ускладнення, що призводять до летального результату. Адже будь-який зрив імунітету призводить до ускладнень під час перебігу основного захворювання. Якщо не в наших силах було уникнути розвитку пандемії коронавірусної інфекції, то ми повинні докласти всіх зусиль, щоб не допустити це захворювання у людей, які хворіють на туберкульоз. В більшості випадків необхідно вакцинувати людей, які хворіють на туберкульоз, вакциною проти COVID-19, з дотриманням загальних протипоказів до вакцинації та враховуючи індивідуальні особливості стану пацієнта.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СКРИНІНГУ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД ГРУП РИЗИКУ

Центр громадського здоров'я за участю ВООЗ та Центральної референс лабораторії МОЗ України проведено черговий вебінар. Його програма була присвячена сучасним підходам до систематичного скринінгу на туберкульоз серед визначених груп ризику, а також питання лабораторної діагностики туберкульозу, в тому числі із лікарською стійкістю, відповідно до оновлених [Стандартів надання медичної допомоги при туберкульозі](#).

Виступи спікерів висвітлили використан-

ня молекулярно-генетичного методу, як первинного тесту при виявленні туберкульозу, діагностичних тестів та їх точності, картриджів Xpert Ultra для діагностики позалегеневого та легеневого туберкульозу, в тому числі у дітей.

Вебінар може бути корисним усім бажаючим, зокрема фахівцям регіональних протитуберкульозних служб, медичному персоналу та фахівцям первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, пацієнтським організаціям.

СПІКЕРИ ВЕБІНАРУ:

Яна Терлеєва, завідувачка відділу управління та протидії туберкульозу Центру громадського здоров'я;

Анна Барбова, керівниця Центральної референс лабораторії з діагностики туберкульозу МОЗ України;

Ольга Зайцева, лікарка-фтизіатр Центру громадського здоров'я;

Наталія Кампос-Родрігес, лабораторна спеціалістка Центру громадського здоров'я.

Запис доступний на платформі ZOOM:
https://who.zoom.us/rec/share/7xujb1zjkA2tg_uGyzvwkzPYVvu1KQrsEwrPpCgiUwa7jliD8Z_8WvRGm2EE5h6T.smgNwgztCu3ukHPg



Passcode: kit28w?8

Слідкуйте за нашими новинами. Очікується серія вебінарів щодо питань оновлених Стандартів надання медичної допомоги при туберкульозі.

ДЕЯКІ ОСНОВНІ ЕЛЕМЕНТИ СИСТЕМИ ІЗОЛЯЦІЙНО-ОБМЕЖУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ

РОЗМІЩЕННЯ ПАЦІЄНТІВ

Історії медицини відомі випадки, коли для транспортної ізоляції пацієнтів використовувалися космічні капсули «Аполлон». Як правило, в настільки жорстких заходах безпеки немає необхідності. Навіть коли мова йде про протективну ізоляцію пацієнтів з імунodefіцитом, важко визначити, які методи дійсно є ефективними: створення ультрачистого середовища (розміщення пацієнта в особливій палаті з подачею повітря через високоефективні HEPA-фільтри з кратністю повітрообміну 100/год і більше, стерильною їжею і водою тощо) чи профілактичне застосування антимікробних препаратів в поєднанні з традиційними заходами безпеки.

В деяких випадках правила ізоляції вимагають розміщення пацієнта в окремому приміщенні (бокси, напівбокси, одномісні палати), яке щонайменше має бути оснащеним відповідним санітарно-технічним обладнанням (туалет, душ, раковина). Існують різні думки щодо доречності додаткових примі-

щень (шлюзи, передбоксники, тамбури тощо). Однак **завжди слід враховувати необхідність забезпечення відповідних умов для обробки рук, переодягання, зберігання засобів індивідуального захисту та інших предметів, поводження з відходами, заміни білизни.**

Ізоляція в окремій палаті необхідна при наявності чи підозрі щодо висококонтагіозних інфекційних хвороб (наприклад, туберкульозу) або у випадках, коли пацієнти не в змозі виконувати елементарні гігієнічні вимоги (дитячий вік, змінений ментальний статус, низька санітарна культура тощо).



Розміщення в окремій палаті показано також пацієнтам, перебіг інфекційного процесу у яких супроводжується вираженою контамінацією оточуючого середовища (внутрішнього середовища ЗОЗ) – масивна неконтрольована кровотеча, діарея, запальний процес інфекційного характеру в області рани із великою кількістю виділень, інфіковані опіки із великою площею ураження тощо. Окрема палата відіграє роль як фізичного, так і психологічного бар'єру, постійно нагадуючи працівникам щодо необхідності миття рук та виконання інших заходів.

Однак в більшості випадків, у розміщенні пацієнтів окремо один від одного немає необхідності: зонування території (наприклад, умовне розділення реанімаційної зали) із закріпленням медичних працівників за кожною із зон може бути достатнім. За необхідності розміщення пацієнтів в окремі палати і відсутності необхідної кількості палат, можливим є сумісне розміщення пацієнтів, вірогідність перехресного зараження у яких невисока і наслідки інфекційного процесу незначні. Отже, пацієнти, які інфіковані або колонізовані одним і тим же збудником, у разі незначного ризику реінфекції, можуть знаходитися в одній палаті (*когортна ізоляція*). Такий спосіб ізоляції є звичним для інфекційних стаціонарів і часто використовується при спалахах ІПНМД у багатопрофільних стаціонарах.

«Розрідження» сприйнятливих пацієнтів – ще один спосіб ізоляції. Прикладом може бути організація роботи пологових будинків із сумісним перебуванням матері і новонародженого.

Ізоляція пацієнтів з інфекційними хворобами, що передаються повітряним шляхом, має здійснюватися в палаті із негативним тиском повітря – палата для ізоляції пацієнтів із аерогенною інфекцією.

Ізоляція можлива не тільки в просторі, але і в часі: дотримання послідовності при виконанні маніпуляцій і догляді за пацієнтами із

урахуванням ступеня ризику/контагіозності (в тому числі під час проведення маніпуляцій на різних біотопах одного і того ж пацієнта) є важливим елементом ізоляційно-обмежувальних заходів.

ЗАСОБИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАХИСТУ І СПЕЦОДЯГ

Для захисту персоналу використовуються різноманітні види масок, захисних окулярів і щитків для лиця. Ці засоби необхідні при виконанні всіх видів діяльності, при яких можлива контамінація слизових оболонок очей, носа і рота кров'ю, рідинами (в тому числі такими, що містять кров), секретами і екскретами.

Хірургічні маски зазвичай використовуються для запобігання зараженню інфекціями з повітряним або крапельним шляхом передавання, однак в деяких випадках (наприклад, при ізоляції пацієнтів інфікованих метицилін-резистентним золотистим стафілококом) маски одягають для попередження колонізації носа, що може реалізуватися шляхом доторкування до нього контамінованими руками. При деяких інфекційних хворобах (наприклад, туберкульоз) звичайні хірургічні маски можуть виявитися неефективними, у зв'язку з чим показано використання респіраторів класу FFP2 і вище. Всі засоби індивідуального захисту мають бути досліджені на ефективність і комфортність (наприклад, кожен співробітник перед використанням респіраторів має



пройти фіт тест).

Халати та інший захисний одяг слід використовувати при можливому контакті з кров'ю або іншими біологічними рідинами. Рекомендовано використовувати халати із спеціальної тканини, фактура або просочення яких забезпечують більш ефективний захист при контамінації великою кількістю заразного матеріалу і унеможливають проникнення вологи. Слід розуміти, що захисний одяг не захищає від уколів голками та іншими гострими інструментами. Ефективність використання бахіл і головних уборів за межами операційних кімнат не підтверджена жодними епідеміологічними даними (зазвичай, їх використання це відголосок традицій).

Миття і обробка рук – ключовий елемент будь-якої системи ізоляції.

СУЧАСНІ СИСТЕМИ ІЗОЛЯЦІЇ

Найбільш досконалою представляється система, яка поєднує стандартні заходи безпеки і заходи з урахуванням різноманітних шляхів передавання інфекції. Незважаючи на певні труднощі, які можуть виникнути у зв'язку



із застосуванням даної системи (наприклад, розширення показань для використання медичних рукавичок та інших засобів індивідуального захисту і, як наслідок, збільшення витрат на їх придбання), ідея її адаптації в ЗОЗ заслуговує на увагу.

Однак, слід розуміти, що жодна система ізоляції не може бути універсальною і відповідати потребам всіх ЗОЗ. Тому необхідно адаптувати ізоляційно-обмежувальні заходи до потреб і можливостей конкретного ЗОЗ, із урахуванням епідеміологічних особливостей інфекційних хвороб, таким чином забезпечуючи заходи по недопущенню розповсюдження збудників.

II НАЦІОНАЛЬНИЙ ДІАЛОГ: ХТО СТАНЕ ЛОКОМОТИВОМ БОРОТЬБИ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В УКРАЇНІ

Тривожна статистика з туберкульозу в Україні змушує усі дотичні до вирішення цієї проблеми сторони реагувати швидко і рішуче. Як саме – дискутували під час [II Національного діалогу щодо планування спільних дій у ліквідації туберкульозу](#). Його учасниками стали як представники державних інституцій, органів місцевого самоврядування, так і мережі громадських організацій. Сторони визначали шляхи посилення впливу кожного відомства і намічені заходи, які здатні вплинути не тільки на кількісні показники розповсюдження захворювання, а й на зміну ставлення



суспільства до туберкульозу.

Зокрема, усі присутні акцентували увагу на тому, що боротьба з туберкульозом це не суто медична проблема. Люди з туберкульозом мають бути забезпечені доступом до соціального супроводу, освіти, роботи, захисту.

Окремо мова йшла і про толерантне ставлення до людини з туберкульозом і її підтримку вже на первинному рівні медичної допомоги.

Присутні звернули увагу й на те, що туберкульоз вимагає особливої уваги і до груп



ризик – в умовах військових дій, потужних міграційних процесів всередині країни, потрібно враховувати додаткові проблеми, з якими стикаються незахищені, вразливі, верстви населення.

Закономірним результатом II Національного діалогу стане напрацювання і фіналізація дорожньої карти розвитку системи багатосекторального співробітництва і підзвітності для подолання туберкульозу в Україні.

Довідково:

Захід проводився за ініціати́ви Міністерства охорони здоров'я України та за фінансової підтримки БО ТВреорleUkraine в рамках реалізації проєкту «Прискорення прогресу у зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції в Україні», який реалізується за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та за підтримки БО «100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ»; за фінансової підтримки ГО «Європейська коаліція по боротьбі з туберкульозом» у рамках гранту «Надання нових можливостей для ОГО.



Раунд 10» («Challenge Facility for Civil Society») для регіону СЄЦА, який фінансується Партнерством «Зупинити туберкульоз» у взаємодії з державними та неурядовими інституціями.

Партнери заходу:

Міністерство охорони здоров'я України, Центр громадського здоров'я України, Національна служба здоров'я України, БО «100% ЖИТТЯ», ТВ Europe Coalition, Stop TB Partnership, Партнерство «Зупинимо туберкульоз. Україна», Альянс громадського здоров'я, РАТН, ВБО «Конвіктус Україна», БО «Світло надії», Лікарі без кордонів/ Médecins Sans Frontières, Міністерство соціальної політики України, Міністерство юстиції України.

