



ЦЕНТР  
ГРОМАДСЬКОГО  
ЗДОРОВ'Я

# ЩОМІСЯЧНИЙ ДАЙДЖЕСТ НОВИН

ЛИПЕНЬ 2022

## ДОКОНТАКТНА ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ — СУЧАСНИЙ ТА ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД ЗАПОБІГАННЯ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ

Доконтактна профілактика ВІЛ-інфекції (ДКП) — сучасний та ефективний метод запобігання інфікуванню ВІЛ, який впроваджується в Україні з 2018 року. ДКП є одним з компонентів програми комбінованої профілактики ВІЛ-інфекції, що також включає надання презервативів, тестування на ВІЛ, діагностику та лікування ІПСШ, консультації з прихильності до ДКП, використання контрацептивів для жінок, програму підтримуючої терапії агоністами опіоїдів.

### ДЛЯ КОГО СТВОРЕНО ДКП ТА ЯК ЇЇ ПРИЙМАТИ?

З метою профілактики інфікуванню ВІЛ, ДКП показана ключовим та вразливим групам населення щодо інфікуванню ВІЛ та людям, які мають підвищений ризик інфікуванню ВІЛ статевим шляхом.

Як виявляється ризик інфікуванню ВІЛ статевим шляхом?

- Наявність ВІЛ-позитивного сексуального партнера, який не приймає АРТ або приймає, проте не досягнув вірусної супресії ВІЛ.
- Наявність сумнівів щодо ефективності лікування ВІЛ-інфекції у партнера.
- Пропуски у прийомі АРТ у партнера або пара відкрито не обговорює лікування ВІЛ-інфекції, прихильність до лікування та результати обстежень на вірусне навантаження ВІЛ.
- Призначення ПКП через ризик інфікуванню ВІЛ протягом останніх 6 місяців.
- Наявність вагінальних або анальних



статевих актів без презервативів з більш ніж одним партнером;

- Наявність статевому партнеру із ризикованою поведінкою щодо інфікування ВІЛ;
- Наявність або недавня ІПСШ, яку діагностовано лабораторно, або за даними анамнезу (протягом останніх 6 місяців).

Для забезпечення комбінованої профілактики призначення ДКП проводять разом з інформуванням та консультуванням щодо ДКП, а також інтегрують його з іншими послугами з профілактики ВІЛ-інфекції.

Щоденна пероральна ДКП може призначатись усім категоріям дорослих людей, незалежно від статі, сексуальної орієнтації або сексуальної поведінки. Щоденна схема ДКП знижує ризик ВІЛ-інфікування на 99% за умови чіткого дотримання призначень лікаря та прийому таблеток відповідно до інструкції.

Якщо графік прийому порушений, ефективність захисту знижується. Згідно з результатами дослідження, ефективність ДКП становить: у людей, які приймають 7 таблеток на тиждень – 99% у людей, які приймають 4 таблетки на тиждень – 96% у людей, які приймають 2 таблетки на тиждень – 76%.

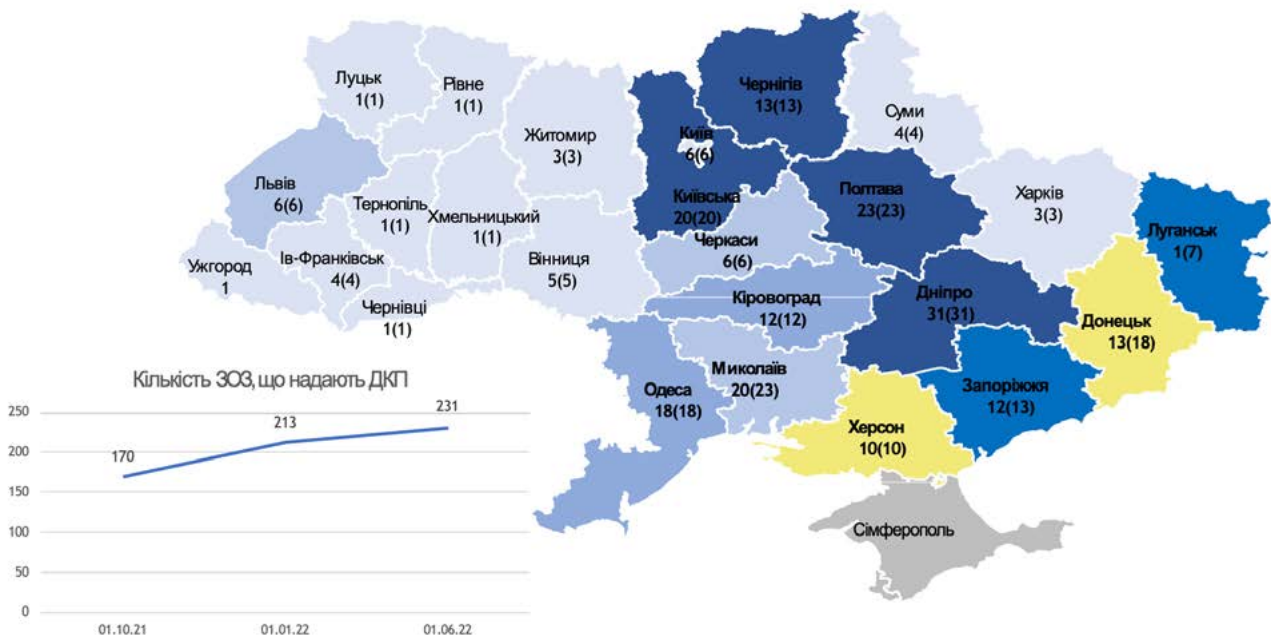
«ДКП у разі потреби» (ДКП-П) рекомендується для цисгендерних чоловіків, які мають сексуальні стосунки із чоловіками.

Схема «ДКП у разі потреби» (ДКП-П) також високоефективна за умови високої прихильності до прийому пігулок, але менш ефективна, ніж схема щоденного прийому. За результатами досліджень, використання ДКП-П знижує інфікування ВІЛ на 97%.

Доконтактна профілактика є безоплатною і видається за призначенням лікаря. В Україні ДКП доступна в усіх регіонах, для всіх, хто має показання для її прийому, в ЗОЗ які уклали договір із Національною службою здоров'я за пакетом «Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ)».

Для доступності отримання ДКП з 2021 року держава сплачує за ДКП в межах програми медичних гарантій. Лікарні, в яких організовані умови для надання ДКП відповідно до вимог Національної служби здоров'я, в 2022 році отримують 4091 грн за надання послуги. ДКП внесена до специфікації надання медичних послуг за напрямом «Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ)».

Попри війну програма ДКП в Україні розширюється. Зросла з початку 2022 року з 213 до 231 кількість закладів охорони здоров'я, в яких можна отримати послугу. Зменшення точок доступу до послуги станом на червень відбулось внаслідок військових дій в Донецькій, Запорізькій, Луганській, Миколаївській областях.



В ДУЖКАХ ЗАЗНАЧЕНО КІЛЬКІСТЬ ЗОЗ, ЯКІ В РЕГІОНІ ВИДАВАЛИ ДКП ДО ПОЧАТКУ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

Відділ управління та протидії ВІЛ-інфекції ЦГЗ МОЗ України, працює над логістикою забезпечення програми ДКП препаратами, долаючи бар'єри, що створюють війна, окупація територій, міграція. Станом на 1 липня 2022 року усі ЗОЗ та регіони, що надають послугу, забезпечені препаратами для ДКП.

З початком широкомасштабного вторгнення росії в Україну попит на послуги ДКП збільшився. В червні місяці 2022 року в програмі отримувало послугу 7264 людини, з них, з початку року нових клієнтів — 2762.

## КУДИ ЗВЕРНУТИСЯ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ДКП?

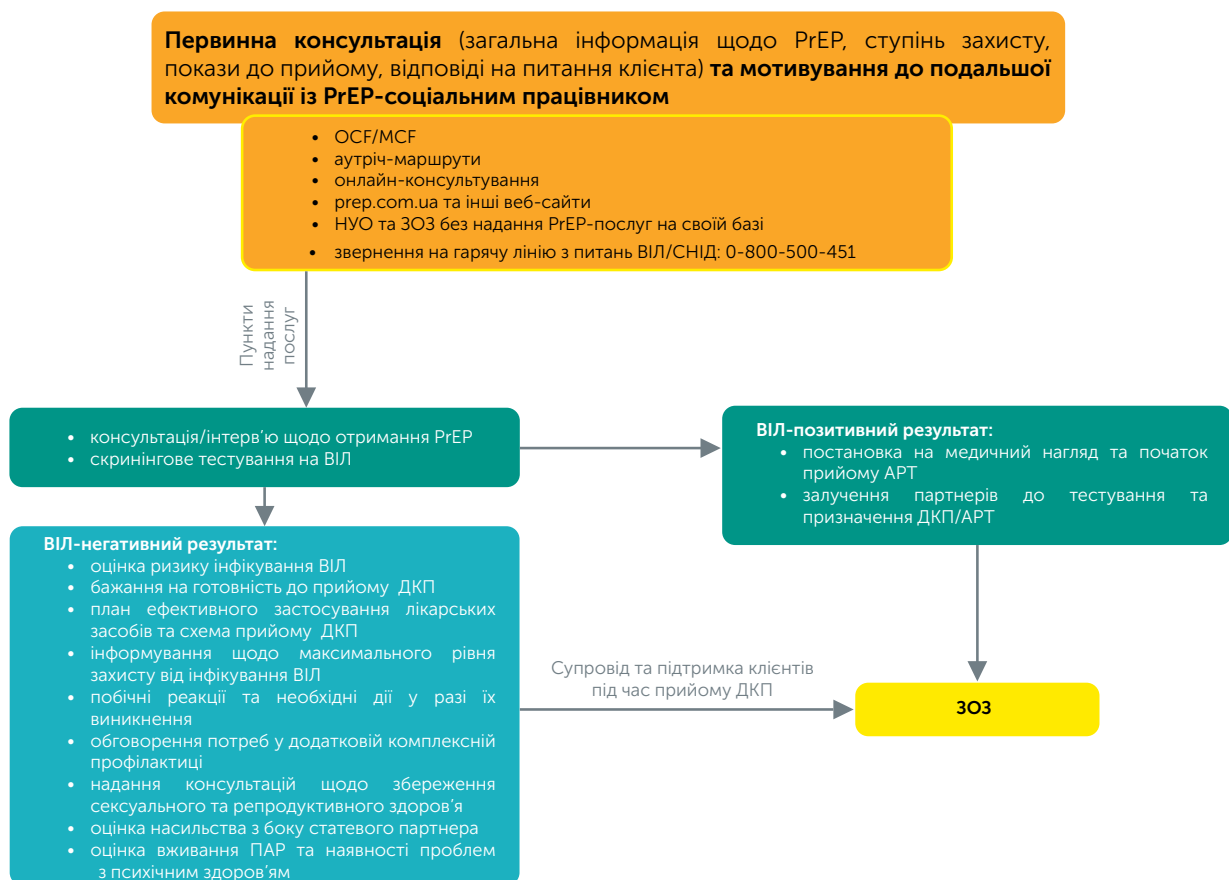
Людина може звернутися по ДКП у регіоні, де наразі перебуває. Із цим їм може допомогти неурядова організація, що консультує та супроводжує людей, які приймають ДКП. Або ж можна прийти до закладу охорони здоров'я, який призначає та видає ДКП. У всіх регіонах включно з окупованими територіями ДКП надається разом з супроводом, який забезпечують НУО, що співпрацюють з ЗОЗ.

В НУО клієнт отримає первинну консультацію та мотивування до подальшої комунікації із ДКП-соціальним працівником. Пізніше — і послуги відповідно до маршруту клієнта ДКП від НУО до ЗОЗ, що був розроблений фахівцями відділу управління та протидії ВІЛ-інфекції ЦГЗ МОЗ України спільно з партнерами, що надають ВІЛ послуги.

Отримати інформацію щодо ЗОЗ у вашому регіоні, у яких доступна послуга ДКП, можна на спеціальному сайті БО «100% ЖИТТЯ» від проекту HealthLink — [prozdorovia.in.ua](https://prozdorovia.in.ua) розділі ДОКОНТАКТНА ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ (ДКП або PreP) за посиланням:

<https://prozdorovia.in.ua/de-projty-test/>

Також допомогу у отриманні ДКП безоплатно людям з ризиком інфікування ВІЛ можна отримати через сайт <https://prep.com.ua/#>: пацієнту необхідно буде заповнити форму реєстрації, із ним або нею пізніше зв'яжеться соціальний працівник й надасть необхідні консультації. А дізнатися загалом про ДКП детальніше й запропонувати пацієнтам можна також і цей сайт: <https://prep.phc.org.ua>



МАЛЮНОК 1. МАРШРУТ КЛІЄНТА ДКП ВІД НУО ДО ЗОЗ

# ЯК ЛІКАР МОЖЕ ПОКРАЩИТИ ПРИЗНАЧЕНУ АНТИБАКТЕРІАЛЬНУ ТЕРАПІЮ?

Стійкість до антибіотиків (антибіотико-резистентність) сьогодні є однією із найбільш серйозних загроз для здоров'я людей у всьому світі.

Стійкість до антибіотиків розвивається, коли внаслідок застосування антибіотиків змінюються бактерії: бактерія стає нечутливою до антибіотиків, які використовуються для лікування спричинених нею інфекцій. Тобто антибіотикорезистентність розвивається в бактерій, а не в людей чи тварин.

Це означає довше й дорожче лікування інфекційних захворювань і післяопераційних ускладнень, підвищення рівня смертності. Люди помирають від пневмонії, туберкульозу та інших хвороб, спричинених бактеріями, тільки тому, що бактерія не реагує на антибіотики, які мають її знищити.

Що більше бактерій адаптовані до антибіотиків, то загрозливішою стає ситуація в майбутньому. Зокрема, приймаючи антибіотики без вагомих причин ми наближаємо ймовірну ситуацію, коли антибіотики перестануть у принципі допомагати й ми повернемося до тих часів, коли ліків від туберкульозу, холери, сифілісу та інших бактеріальних хвороб просто не існує.

Причин проблеми стійкості до антибіотиків декілька – широка доступність, самолікування

й **некваліфіковане призначення антибіотиків**. Поговоримо про останню.

Лікарі мають призначати антибіотики виключно за показаннями й доводити до відома пацієнта правила їхнього вживання. Ми підготували **низку порад для медичних працівників як значно покращити ефективність і безпеку антибактеріальної терапії**.

- 1. Щоби визначити необхідність продовження антибактеріальної терапії, використовуйте технології прискореної ідентифікації збудників інфекції.** Наприклад, виявлення в пацієнта вірусу грипу, респіраторно-синцитіального вірусу чи ротавірусу вимагає негайного скасування попередньо призначеної емпіричної антибактеріальної терапії.
- 2. Проведіть додаткові дослідження: мікробіологічне дослідження та антибіотикограму. Це дасть змогу провести де-ескалацію антибактеріальної терапії.** Наприклад, емпіричне призначення комбінації антибіотиків має бути замінено на введення одного визначеного антибіотика. Так само, попереднє емпіричне призначення антибіотика із широким спектром дії має бути змінено на введення антибіотика з більш вузьким спектром дії, до якого цей мікроорганізм є чутливим. Де-ескалацію оптимально проводити через 48–72 годин після початку введення антибіотика, оскільки до цього часу бактеріальний інфекційний агент уже має бути ідентифікований.
- 3. У деяких особливих випадках може бути корисним здійснення ескалації:** призначення комбінації антибіотиків або перехід на введення антибіотика з більш ширшим спектром дії (зміна препарату), відповідно до нових результатів мікробіологічного дослідження та даних антибіотикограми. З цих міркувань



доцільним є періодичне додаткове призначення мікробіологічних досліджень і перегляд призначеної антимікробної терапії кожні 72 години.

#### **4. Чітко встановіть тривалість антибіотикотерапії на початку лікування, а доцільність її продовження переглядайте кожні 72 години.**

Встановлено, що короткотривалі курси антибіотикотерапії є такими ж ефективними, як і довготривалі, але дозволяють зменшити витрати на лікування, знизити ризик розвитку побічної реакції та стійкості до антибіотиків. Врахування таких чинників може допомогти скоротити тривалість антибактеріальної терапії:

- покращення загального стану пацієнта (наявність свідомості, стабільність гемодинаміки, відсутність дихальної недостатності);
- зникнення/ослаблення клінічних симптомів інфекційного захворювання;
- нормалізація лабораторних показників (у т.ч. маркерів бактеріального запалення);
- санація та контроль джерела бактеріальної інфекції.

Також тривалість периопераційної антибіотикопрофілактики має бути скорочена й у більшості клінічних ситуацій не має перевищувати одного введення або тривати понад 24 години.

#### **5. Змініть шлях введення з парентерального (внутрішньовенного) на пероральний. Це допоможе зменшити тривалість госпіталізації, витрати на лікування та утворення медичних відходів, а також попередити розвиток катетер-асоційованих ускладнень (інфекції кровотоку, травми судин) та потенційне інфікування медичних працівників.**

Для цього перевірте чи стан пацієнта відповідає таким критеріям:

- наявне інфекційне захворювання вима-

гає подальшої антибактеріальної терапії;

- доступна лікарська форма антибіотика для перорального застосування;
- стабільний загальний стан пацієнта (наявність свідомості, стабільність гемодинаміки та відсутність дихальної недостатності);
- повернення лабораторних маркерів запалення та клінічних показників до нормальних величин;
- пацієнт може ковтати чи отримує повне ентеральне харчування (перорально) чи отримує часткове ентеральне харчування (50%).

#### **6. Оптимізуйте дозування антибіотиків. Це допоможе досягти й підтримувати бактерицидну концентрацію не тільки в плазмі крові, але й у вогнищі інфекції.**

Більш точне дозування антибіотиків забезпечить ефективність лікування, попередження розвитку побічних реакцій і розвиток антибіотикорезистентності. Для цього проведіть терапевтичний лікарський моніторинг (ТЛМ) — визначення концентрації препарату в плазмі крові через визначені проміжки часу — у таких випадках:

- прийом антибіотиків із вузьким терапевтичним індексом (аміноглікозиди, глікопептиди, вориконазол);
- прийом антибіотиків, для яких встановлено пряму залежність між їхньою плазмовою концентрацією та клінічною ефективністю (необхідність контролю та підтримки встановленого відношення між плазмовою та мінімальною інгібуючою концентрацією



(Cpl / MIC));

- пацієнти, які мають варіабельність фармакокінетичних параметрів (люди з нирковою або печінковою недостатністю; з гіпопротеїнемією, ожирінням, кахексією; вагітні жінки; новонароджені; пацієнти старші 65 років);
- в інструкції для медичного застосування лікарського засобу наведена визначена цільова терапевтична плазмова концентрація антибіотика;
- неможливо клінічно моніторувати терапевтичний ефект лікарського засобу;
- у пацієнта наявна генетично детер-

мінована варіабельність метаболізму лікарських засобів;

- пацієнт приймає інші лікарські засоби, які можуть впливати на фармакокінетику призначеного антибіотика.

Мультидисциплінарні команди з адміністрування антимікробних препаратів можуть досягти кращого результату лікування, порівняно з одним лікарем. У складній ситуації лікуючий лікар завжди має звертатися за порадою до інших спеціалістів – мікробіолога або бактеріолога, клінічного фармацевта, епідеміолога, інфекціоніста.

## НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ (НІЗ) В УМОВАХ ВІЙНИ

НІЗ в Україні є причиною понад 80% втрачених років потенційного життя через передчасну смертність та інвалідність, а також близько 90% всіх смертей з високим рівнем передчасної смертності, особливо від [серцево-судинних захворювань](#).

Після початку повномасштабної війни в Україні ситуація тільки загострилася, адже в багатьох регіонах погіршився доступ до медичної допомоги та медикаментів. Переміщення людей та медперсоналу, удари по закладах охорони здоров'я – це все має негативний вплив на медичну систему.

Відповідно до результатів аналізу ситуації у сфері громадського здоров'я в Україні, який був проведений ВООЗ у [березні](#) та [квітні](#) 2022 року, неінфекційні захворювання є одними з основних ризиків для здоров'я людей.

Попри складну ситуацію та нові пріоритети, що виникли в країні, ігнорувати проблеми неінфекційних хвороб неможливо. Основними компонентами профілактики виникнення та розвитку НІЗ залишаються:

- робота з факторами ризику та промоція здоров'я;
- ефективне лікування людей з НІЗ та профілактика розвитку ускладнень;
- супровід і підтримка хворих, які цього потребують.

Медична допомога має бути доступна на всіх рівнях, але основне навантаження лягає на первинну ланку медичної допомоги, фахівці якої мають тісний контакт з пацієнтами, можуть провести профілактичний огляд: виміряти тиск, ІМТ (індекс маси тіла), рівень глюкози тощо, проконсультувати пацієнта, виписати ліки, скерувати до потрібного фахівця або на інший рівень надання допомоги з урахуванням наявних можливостей.

На сьогодні дуже важливо налагодити чіткі процедури перенаправлень пацієнтів з НІЗ до закладів вторинної та третинної медико-санітарної допомоги. Також важливо контролювати достатню кількість медичних препаратів для продовження лікування осіб, які отримували їх до повномасштабної війни.



Наразі важливо надавати консультативну допомогу щодо формування та підтримки навичок здорового способу життя: здорове харчування, регулярна фізична активність, відмова від тютюну та алкоголю. Адже [дослідники виявили](#), що військові конфлікти напругу пов'язані з підвищеним ризиком ішемічної хвороби серця, інсульту, цукрового діабету, підвищенням артеріального тиску та холестерину, а також зі збільшенням споживання алкоголю та тютюну. Війна збільшує ймовірність прийняття таких моделей поведінки, як куріння, неактивний спосіб життя та нездатність приймати ліки. Відповідно до рекомендацій ВООЗ пропонуємо орієнтуватися на такі профілактичні огляди:

#### **1. Контроль артеріального тиску.**

Підвищений кров'яний тиск збільшує ризик серцевого нападу, інсульту і захворювань нирок. Самоконтроль артеріального тиску допоможе вчасно вжити необхідних заходів, уникнути розвитку різних хвороб та їх кошовного лікування. Слід пам'ятати, що норма артеріального тиску у людини змінюється з віком – систолічний тиск зростає протягом усього життя, а діастолічний зростає до 60 років. У старшому віці та для людей, які мають підвищений ризик розвитку артеріальної гіпертензії, рекомендується щорічний скринінг.

#### **2. Аналіз на визначення глюкози в крові.**

Люди, які мають генетичну схильність до цукрового діабету, надлишкову вагу або історію гестаційного діабету, повинні щорічно перевіряти рівень глюкози в крові та консультиватися зі своїм лікарем.

#### **3. Індекс маси тіла (ІМТ).** Підтримання постійної нормальної ваги тіла зменшує ризик найбільш небезпечних захворювань – серцево-судинних, цукрового діабету та раку.

Визначити оптимальну вагу можна за допомогою уніфікованого показника – індексу маси тіла.

#### **4. Раннє виявлення раку молочної залози.**

Усім жінкам, старшим 20 років варто щомісяця самостійно обстежувати груди. У разі будь-яких змін у молочних залозах негайно звернутися до лікаря.

Онкологи радять жінкам у віці 40–50 років починати проходити процедуру маммографії 1 раз на 2 роки, а жінкам після 50 років обстежуватися щорічно. Якщо у пацієнтки є сімейна історія хвороби або інші проблеми слід почати скринінг раніше.

**5. Скринінг на рак шийки матки.** Скринінг повинен починатися у віці 30 років (раніше для жінок з ВІЛ). Якщо тест негативний та відсутні будь-які ризики повторно протестуватися можна принаймні через п'ять років

**6. Колоректальний скринінг.** Чоловікам у віці від 50 до 75 років рекомендовано пройти обстеження на колоректальний рак одним з наступних методів: (1) щорічний аналіз на приховану кров у калі; (2) ректороманоскопія кожні п'ять років; (3) колоноскопія кожні 10 років. Після 75 років обговоріть необхідність продовження обстеження разом з лікарем.

**7. Раннє виявлення раку товстої кишки.** Скринінг зазвичай починається у віці 50 років, але якщо у пацієнта є сімейна історія хвороби або інші проблеми, слід почати проводити скринінг раніше.

**8. Стоматологічний огляд.** Інфекції зубів і ясен можуть негативно вплинути на самопочуття, тому важливо доглядати за зубами. Лікар може додатково нагадати про це пацієнту.

**9. Порушення зору і слуху.** Після 40 років ризик очних хвороб та втрати слуху значно зростає. Рекомендовано відвідувати офтальмолога та отоларинголога щорічно, навіть при умові відсутності скарг.

**10. Скринінг остеопорозу.** Якщо вік пацієнта від 50 до 70 років і є фактори ризику для остеопорозу слід рекомендувати пройти скринінг на остеопороз. Фактори ризику можуть включати тривале застосування стероїдів, низьку масу тіла, куріння, вживання алкоголю, перелом кісток після 50 років або сімейний анамнез остеопорозу.

---

# HEALTHLINK: ЗВІТ ПРОЄКТУ

Війна не лише приносить втрати й ушкодження, а й змушує блискавично реагувати на нові потреби і придумувати способи ефективної роботи в складних умовах.

Чи знайомі ви з найбільш масштабним в Україні проєктом у сфері охорони здоров'я для американського уряду?

Проєкт [HealthLink “Прискорення зусиль з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні”](#) впроваджується з жовтня 2017 року у 12 регіонах України і здійснює безпрецедентний вплив на протидію ВІЛ-інфекції на національному рівні: кожен третій нововиявлений в Україні проходив тестування в рамках проєкту.

HealthLink є найбільшим проєктом з тестування на ВІЛ з унікальними масштабом, ефективністю, досягненнями на національному і регіональному рівнях — охоплює понад 350 закладів охорони здоров'я, 27 неурядових організацій і щонайменше 2 тисячі спеціалістів щороку.

Як в часі війни команді HealthLink вдається налагоджувати діяльність в нових умовах; з якими викликами зіткнулись проєктні ЗОЗи та ВІЛ-сервісні організації; як вдається налагоджувати поставки медичних препаратів та як [БО “100% життя”](#) допомагає українцям під час війни — [читайте у звіті](#).

---

## РЕЖИМ ВРАЛ — НАСТУПНИЙ ВЕЛИКИЙ КРОК ВПЕРЕД У БОРОТЬБІ ІЗ ЛІКАРСЬКО-СТІЙКИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В УКРАЇНІ



За лідерства Центру громадського здоров'я та підтримки МОЗ України у співпраці з євробюро ВООЗ, Національним інститутом фтизіатрії та пульмонології та ГО ОАТН розпочато операційне дослідження «Оцінка ефективності та безпеки лікування рифампіцин-резистентного туберкульозу режимом ВРАЛ в Україні».

В 18 регіонах операційне дослідження

буде здійснюватись за технічної підтримки гранту Глобального фонду для боротьби з туберкульозом, ВІЛ/СНІДом та малярією, ще в 4-х регіонах — передбачена технічна підтримка проєкту USAID та ГО ОАТН.

Лікарсько-стійкий ТБ (далі — ЛС-ТБ) спричиняє одну третину смертей унаслідок стійкості до антимікробних препаратів. Зростання тягаря ЛС-ТБ представляє серйозну проблему для громадського здоров'я через втрату працездатності населення та високі показники смертності. У зв'язку з обмеженням вибором доступних лікарських засобів та небезпекою захворювання для життя пацієнта лікування ЛС-ТБ ставить перед лікарями безліч складних завдань.

Нагальна необхідність розробки більш ефективних режимів лікування пацієнтів з ЛС-ТБ стала стимулом для низки досліджень та ініціатив, присвячених тестуванню





більш ефективних та новаторських режимів лікування, що включають нові та перепрофільовані препарати.

**Режим ВРaL — це новітня схема лікування ЛС-ТБ, що складається з таблетованих форм препаратів бедаквіліну, претоманіду та лінезоліду. Завдяки режиму ВРaL загальна тривалість лікування пацієнтів з ЛС-ТБ скорочується майже втричі: 6-9 місяців проти 18-24 місяців, пацієнтам більше не потрібно протягом багатьох місяців отримувати болісні ін'єкції, а найголовніше, що цей режим надає багато більше шансів на одужання (до 90% за даними результатів клінічних досліджень).**

*«За останні 40 років в світі було розроблено та схвалено до застосування лише 3 нових протитуберкульозних лікарських засоби, два*

*з яких — Претоманід та Бедаквілін — входять до складу режиму ВРaL, що робить цей режим високоефективним для пацієнтів з найскладнішими для лікування формами ЛС-ТБ. Повномасштабне впровадження операційного дослідження ВРaL в Україні дає надію на виліковування понад 1000 людей зі стійкими формами ТБ, а скорочення загальної тривалості лікування та можливість якнайшвидше повернутись до сім'ї та роботи є надзвичайно важливим в умовах війни та гуманітарної кризи. МОЗ України у співпраці з національними та міжнародними партнерами виконано надзвичайну роботу, щоб зробити режим ВРaL максимально доступним для всіх, хто його потребує», — коментує Яна Терлеєва, завідувач відділу управління та протидії ТБ Центру громадського здоров'я.*

Режим ВРaL показаний дорослим та дітям віком від 14 років із захворюванням на ТБ зі стійкістю щонайменше до рифампіцину та фторхінолонів (пре-широка лікарська стійкість), а також пацієнтам з невдачею попереднього курсу лікування ЛС-ТБ.

Препарати, що входять до складу режиму ВРaL закуплено коштом державного бюджету. Нагадуємо, що лікування ТБ та ЛС-ТБ (в т.ч. за режимом ВРaL) в Україні є безоплатним для пацієнтів.