

# 12 травня – Міжнародний день медичної сестри

Безмежна вдячність Вам, сестри милосердя, за чуйність Ваших сердець, професійність та душевну теплоту!

МЕДИЧНИЙ ЧАСОПИС УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА У ЛЬВОВІ ТА ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО



# НАРОДНЕ ЗАОРОВ'Я

Часопис засновано у січні 1912 року

21 травня 2012 року

№ 5 (278) ТРАВЕНЬ 2012 року

## ЧОРНОБИЛЬСЬКА КАТАСТРОФА: ЗА МЕЖЕЮ ЧВЕРТІ СТОЛІТТЯ Минуле, сучасне, майбутнє

Минуло 26 років відтоді, як мирний атом зробив чорною дату 26 квітня. Катастрофа на Чорнобильській АЕС у 1986 році за міжнародною шкалою ядерних та радіологічних подій (INES – International Nuclear Event Scale) це 7 найвищий рівень аварій – крупний викид радіоактивного матеріалу зі значними наслідками для здоров'я людей та навколишнього середовища, які потребують здійснення запланованих і тривалих контрзаходів. Ця аварія справедливо вважається найбільшою за всю історію ядерної енергетики, як за кількістю загиблих та потерпілих, так і за її економічними наслідками.

За сухими термінами – радіація, іонізуюче випромінювання, пряма та непряма для радіації для сотень громадян – гостра променева хвороба (ГПХ), а для сотень тисяч людей – втрачене здоров'я, домівки, робота, ненароджені діти ... Радіоактивного ураження зазнали близько 600 000 осіб. Виявлено наявність довгострокових порушень не тільки соматичного, а й психічного здоров'я потерпілих внаслідок катастрофи, серед яких депресія, соматоформні і посттравматичні стресові розлади. Забруднення землі радіонуклідами цезієм-137, стронцієм-90 та дуже тривалий період їх розпаду, напіврозпаду – для України «великий промисловий опік» який загострився у кращому разі за декілька століть!

Минуло 26 років, та для багатьох людей світу ці терміни стали і залишаються тотожними з Чорнобилем і Україною! Скільки ж має проминути століть, щоби забулися наслідки трагедії?

Які роздуми породжує все сказане?! Людське відношення до біди ближніх вимагає відкритої душі, гарячого і доброго серця та твердого розуму. Мають бути необхідні виважені рішення та справи, належна допомога, тим хто її потребує! Такий підхід доречний, як у правовій, так і в практичній площині.

Чорнобильська катастрофа торкнулася долі мільйонів людей у багатьох регіонах, на величезних територіях виникли нові соціальні та економічні умови. Україну оголошено зоною екологічного лиха. Створення системи надійного захисту людей від наслідків Чорнобильської катастрофи зумовило залучення значних фінансових, матеріальних та наукових ресурсів. Так записано в основному законі, пов'язаному з аварією на ЧАЕС – Законі України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» (Закон № 796-ХІІ від 28.02.91 з подальшими доповненнями). Цей Закон визначає основні положення щодо реалізації конституційного права громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, на охорону їх життя і здоров'я та створення єдиного порядку визначення

категорій зон радіоактивно забруднених територій, умов проживання і трудової діяльності на них, соціального захисту потерпілого населення.

Проблема наслідків Чорнобильської катастрофи для здоров'я носить багатоплановий характер і пов'язана з дією як радіаційного фактору, так і факторів нерадіаційної природи.

З плином часу офіційних чорнобильців, з числа ліквідаторів та евакуйованого населення, в Україні меншає. Це пов'язано з їхнім відходом у інше буття через вік чи передчасну смерть, спричинену хворобами (шо, на жаль, переважає). Через чверть століття після аварії в Україні налічується понад 2 253 000 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи осіб, у тому числі: біля 260 тисяч громадян – учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС; 1 993 тисяч осіб – інших потерпілих категорій, з них – 498 тисяч дітей, віднесених до постраждалих від чорнобильського лиха.

На кінець 2011 року у Львівській області проживало понад 10 000 громадян, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, але тих, які знаходяться на постійному диспансерному нагляді є менше, зокрема: 4 000 ліквідаторів наслідків аварії (ЛНА) на ЧАЕС (у Львові – 1349 чоловік), евакуйованих із зони відчуження 594 громадяни (у Львові – 418), переселених із території безумовного обов'язкового відселення – 996 осіб (у Львові – 225), а також дітей, народжених від виважених категорій громадян – 2099 (у Львові – 547). ЛНА на ЧАЕС, котрі перенесли гостру променеву хворобу, кістково-мозкову форму, залишилось четверо. На початковому етапі аварії гостру променеву хворобу (ГПХ) було діагностовано всього у 237 ліквідаторів, після ретроспективного аналізу в 1989 р. її було верифіковано лише у 134 осіб, опромінених у ранній період після аварії в дозах 1-12 Грей в умовах щодо рівномірного опромінення всього тіла. Надана цим особам медична допомога сприяла їхньому виживанню. 28 пацієнтів померли впродовж перших трьох місяців після аварії. У наступні роки зареєстровано 23 випадки смерті серед пацієнтів з верифіко-

ваною ГПХ і 17 смертей серед тих, у кого ГПХ не підтвердилася. Основна причина цих смертельних випадків – онкологічні і серцево-судинні захворювання.

Серед ЛНА на ЧАЕС було 878 медичних працівників Львівщини, але статус ліквідатора мають тільки 112 медиків. Це, зокрема, медсестра 4 лікарні у Львові Софія Діда, завідувач відділу обласної СЕС Едуард Луговской, завідувачка лабораторії диспансеру радіаційного захисту населення Ольга Пелікан, лікар 8 клінічної лікарні Віктор Рабчевський... Усіх зараз не назвеш (цюому може бути присвячена окрема стаття), але наша вдячність їм безмежна. Вони допомагали потерпілим людям і зараз продовжують виконувати свій професійний обов'язок у різних медичних установах Львова та області.

З часу аварії на Чорнобильській АЕС минуло 26 років, але далеко не всі проблеми, спричинені нею, вирішені. Однією з найважливіших залишається медико-соціальна, покращення якості та тривалості життя потерпілого населення. З метою вдосконалення надання спеціальної медичної допомоги, створення реєстру, проведення диспансеризації, обстеження та лікування пацієнтів-чорнобильців у Львівській області працює низка установ. Вони затверджені розпорядженнями Голови Львівської обласної державної адміністрації (№516/0/5-11 від 07.06.2011 р.), начальника Головного управління охорони здоров'я ЛОДА, зокрема наказом №535 від 20.06.2011 р. «Про мережу спеціалізованих медичних закладів області, що забезпечують лікування осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи». До них належать: 1) Львівський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення (ЛОСД РЗН), де здійснюється консультативно-діагностична та організаційно-методична допомога; 2) Львівський обласний госпіталь інвалідів війни та репресованих ім. Юрія Липи (40 ліжок, лікування пацієнтів неврологічного і терапевтичного профілів); 3) Львівська обласна клінічна лікарня (40 ліжок, лікування хвороб нервової системи); 4) Львівський державний онкологічний



регіональний лікувально-діагностичний центр (20 ліжок); 5) Львівський регіональний фізіо-пульмонологічний центр (20 ліжок); 6) Львівська 4-та комунальна міська клінічна лікарня – міський Чорнобильський центр (20 ліжок, хвороби терапевтичного профілю); 7) Львівський західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр (10 ліжок). У кожному районі Львова та районному центрі області є аптеки, що надають громадянам (за місцем їх проживання) послуги з безкоштовного придбання ліків за рецептами лікарів (по мірі надходження коштів, враховуючи загальне недофінансування медичної галузі). Аналогічні засади діють і щодо стоматологічної допомоги та зубопротезування.

У ЛОСД РЗН також працює Львівська регіональна міжвідомча експертна комісія по встановленню причинного зв'язку захворювань та інвалідності з роботами по ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС та їх професійного характеру. За цією комісією закріплено 9 областей західного регіону України (Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Хмельницька, Чернівецька та, з 2012 року, Вінницька область). У своїй роботі комісія керується наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.05.97 р. № 150 «Про затвердження нормативних актів щодо хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС», наказом Міністерства охорони здоров'я України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи від 30.05.97 № 166/129 «Про удосконалення системи експертизи по встановленню причинного зв'язку хвороб, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС». До складу цієї експертної комісії також входять працівники ЛНМУ імені Данила Галицького.

Провідна установа України, яка займається медико-біологічними проблемами Чорнобильської катастрофи

Цей випуск присвячений висвітленню різних аспектів проблеми ВіЛ/СНіДу

ся у м. Києві – це «ДУ» Науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України (НАЦРМ НАМН України). За вагомі заслуги для збереження здоров'я і життя потерпілих громадян до 25 років Чорнобильської катастрофи Указом Президента України цьому центру надано статус національного.

Чи все так гладко, що все так ідеально? – Звичайно що ні, адже вже витрачено і ще потрібні величезні кошти на ліки, оновлення діагностично-лікувальної апаратури, соціальні пільги по інвалідності, а, особливо, для побудови нового надійного укриття над зруйнованим 4 реактором Чорнобильської АЕС. За оцінками науковців Білорусі, Росії й України прямі втрати і непрямої збиток внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС для цих країн склали за минулі 25 років понад 200 млрд. доларів США. Але з впевненістю можемо сказати, що виконання лікарського обов'язку науковцями і практичними лікарями перед постраджалим населенням є на достатньо високому рівні. Про це може свідчити і те, що за поданням громадських чорнобильських організацій керівнику Львівського міського Чорнобильського центру докторові Яцкевич З. В. та головному лікарю ЛОСД диспансеру РЗН Пошивак Т.П. Президентом України було присвоєно високе звання «Заслужений лікар України».

Ісус Христос своїм життям, смертю та воскресінням показав, що те, що ми часто вважаємо неможливим, все таки можливе! Тож маємо вірити, що завдяки спільним людським зусиллям, хай і не скоро, здорові та щасливі українці розріжуть колочий дріт довкола зони відчуження і знову зможуть прогулюватися тут з дітьми, збирати квіти й інші дари природи та милуватися чудовим польським краєм!

**О. АБРАГАМОВИЧ**  
д.м.н., професор, академік  
АН ВО України, завідувач кафедри  
внутрішньої медицини №1  
ЛНМУ ім. Данила Галицького

**О. ЯЦКЕВИЧ**  
асистент кафедри, лікар-терапевт  
Міського Чорнобильського  
центру (МЧЦ)

## SALUS POPULI SUPREMA LEX ESTO ДБАЙМО ПРО ЗДОРОВ'Я!

Абсолютною істиною є те, що профілактика – альфа та омега медицини, адже запобігти хворобі простіше, ефективніше та економічно вигідніше, ніж її лікувати. Нераз лише профілактика дозволяє попередити інвалідизацію, зберегти людині працездатність, а то й життя. Однак, останнім часом замість профілактичної, санітарно-просвітницької роботи маємо тривіальну і далеко не завжди добросовісну рекламу ліків, методів лікування в окремих клініках, дистанційної діагностики та лікування хворих «від усього» по телефону доволі сумнівними консультантами, чудодійного знахарства тощо. Саме тому прискіпливої уваги, розповсюдження та наслідування заслуговує діяльність Благодійного фонду «САЛЮС» у Львові.

Часто усвідомлення тієї істини, що здоров'я є найбільшою цінністю, дарованою людиною, настає запізно, коли воно якщо ще не зовсім втрачене, то суттєво підірване. Існують хвороби, які виникають або активізуються через шкідливі звички та недотримання правил здорового глузду і здорового та безпечного способу життя. Адже знаємо, що не слід зловживати алкоголем, споживати наркотики, вступати в випадкові статеві контакти, передавати, надмірно засмагати на сонці. Знаємо, але... не змінюємо поведінкових звичок, навіть маючи диплом лікаря. Усі достатньо добре поінформовані і про те, що потрібно вести активний спосіб життя, робити фізичні вправи, відвідувати лікарів, регулярно проходити профілактичні медогляди порожнини рота, гінекологічних органів, щитоподібної залози, простати, легень, принаймні раз у рік здавати загальний аналіз крові.

Очевидно, що неможливо впроваджувати профілактичні програми для населення в цілому і щодо всіх хвороб одразу. Для роботи з окремою соціальною групою, об'єднаною спільною проблемою, хворобою чи подібним ризиком способом життя, слід розробляти специфічні методи профілактичних заходів. Упродовж 15 років діяльності фонд реалізував різні проекти, спрямовані на поліпшення поінформованості з питань ВІЛ/СНІДу, інфекцій, що передаються статевим шляхом, раку шийки матки та молочної залози, туберкульозу.

Як свідчить досвід нашої роботи, є кілька ефективних шляхів залучення представників цільових груп до профілактичних оглядів і діагностичних процедур. До них належать аутич, соціальний супровід та заохочення.

**Аутич-діяльність** – це винесення консультативних та діагностичних послуг за



введення конкретного випадку. Для успіху соціального супроводу необхідні не лише кваліфіковані соціальні працівники, але й налагоджена співпраця з різними установами.

Таким чином, застосування аутич-діяльності та соціальний супровід дозволяють охопити профілактичною роботою представників уразливих груп та сприяти поведінковим змінам у їхньому середовищі. Проте слід зазначити, що це нелегкий процес, який потребує значних матеріальних та людських ресурсів.

Ще один із підходів, який сприяє зверненню представників цільових груп до лікарів – **заохочення**. Цей метод передбачає видачу мотиваційних наборів (продукти, предмети гігієни, одяг) користувачеві, який проявляє лідерські якості, розповсюджує інформацію за системою «рівний – рівному» і залучає до активної діяльності представників свого середовища.

Крім того, важливим способом виховання суспільства є профілактична робота з підлітками. Адже не секрет, що у випадках, коли неможливо «достукатися» до дорослих, доцільно доносити правильну інформацію в родині через молодше покоління. Таким чином впроваджуються відомі та успішні проекти, наприклад, сегрегація сміття. Школярі розповідали про доцільність та переваги сегрегованого збору відходів і просили їх поділитися інформацією з батьками. І такий підхід виявився успішним і дієвим.

Діти відкриті до нового, допитливі, їх простіше переконати, вони легше сприймають інформацію і краще її засвоюють. Саме тому співробітники БФ САЛЮС щорічно проводять десятки тренінгів для молоді. Тематика тренінгів стосується репродуктивного здоров'я, попередження ВІЛ та ППСШ, подолання насильства та негативних явищ у молодіжному середовищі. Інформація для молоді подається зрозумілою мовою, без

перенасичення термінологією, в цікавий спосіб. Тренери застосовують інтерактивні методи навчання з використанням ігор, пускових малюнків, відеоматеріалів, залучають учасників до спілкування та обговорення проблем. Крім того, учасникам завжди надають інформаційні матеріали з контактними телефонами та адресами установ та закладів, куди можна звернутися в критичній ситуації.

Профілактична діяльність завжди актуальна й потрібна. Важливо, щоб вона проводилася кваліфіковано і не містила дезінформації. До неї належало б залучати фахівців різних спеціальностей. Скажімо, чому б спеціалістам з комунікацій не розповісти молоді про шкідливий вплив стільникового зв'язку і переваги системи freehand? Можливо, тоді б поменшало випадків, коли молоді мамі кладуть мобільний телефон поряд з голівкою немовляти? Чи, скажімо, чому б хімікам не поділитися своїми знаннями про фосфатні пральні порошки, адже від них уже відомилися багато країн світу? А в Україні далеко не всі знають, що прати у них можна лише в гумових рукавичках, закладаючи в пральну машину слід обережно, не розпилюючи, щоб зменшити ризик потрапляння порошку в дихальні шляхи. Наші співвітчизники не усвідомлюють і того, що навіть після десятирічного опіскування у випраних речах залишаються шкідливі для здоров'я речовини. А ще варто говорити про ГМО та газовані води неприродних хімічних кольорів, яких так багато у наших містах; про пестициди та інсектициди, що ними досі зловживають у наших селах.

Зрозуміло, що в час бурхливого розвитку технічного прогресу виникає чимало технологічних чинників, від яких нікуди тікати, але розуміння проблем принаймні може спонукати ЛЮДИНУ РОЗУМНУ уникати шкідливих впливів та намагатися їх зменшити чи знешкодити. Тож даймо про здоров'я – власне, своїх дітей, друзів, колег, пацієнтів та незнайомих перехожих. Докладаймо зусилля до творення культури здоров'я! Адже кожна особа має право на життя та здоров'я і гідна це право реалізувати, а святині обов'язок лікарів – усяляко цьому сприяти.

**Олександра СЛУЖИНСЬКА,**  
кандидат медичних наук, виконавчий директор Благодійного фонду «САЛЮС»

**Бюджетні кошти покривають менше 50 відсотків потреб на лікування ВІЛ-інфікованих. Фонд Олени Пінчук «АНТИСНІД» допомагає потребуючим у проведенні консультацій спеціалістів, обстеження, здачі аналізів, а також у придбанні необхідних медикаментів. Позачергове допомогу надають хворим, які знаходяться у критичному стані, дітям та вагітним.**

**Контактний телефон: (044) 490-48-05; www.antiids.org.ua. Крім того, існує всеукраїнська мережа ЛЖВ (людей, які живуть із ВІЛ). Контактний телефон: (044) 467-75-67 та (044) 467-75-69; www.network.org.ua.**

**Допомогу в лікуванні хворих на туберкульоз та онкохворим надає Корпоративний благодійний фонд СКМ «Розвиток України» Рината Ахметова. Контактні телефони: (044) 502-52-14; (062) 343-45-95; www.fdu.org.ua.**

**Сайт Благодійного фонду «САЛЮС»: www.salus.org.ua. Всеукраїнська безкоштовна лінія з проблематики ВІЛ/СНІДу 08005004510.**

На жаль, не завжди знання спонукають до раціональної поведінки. Саме тут і є проблема, адже у наших співвітчизників між знанням та дією часто-густо існує ціла прірва! Це стосується представників різних соціальних груп: від інтелігенції – до соціально незахищених. Молодь знає про шкоду наркотиків чи небезпеку інфікування ВІЛ, усвідомлює всю гостроту проблеми, однак вважає, що подібне може трапитися не зараз, не з ними, а з кимось іншим. І це тоді, коли Україна є лідером серед країн Східної Європи щодо поширення ВІЛ-інфекції! Серед дорослого населення немає відпрацьованих алгоритмів профілактичних звернень до медиків. Адже більшість українців звертаються до лікарів, відчувачи вже певні симптоми, що аж ніяк не сприяє ранньому виявленню хвороби. Суттєво недопрацьовує в цьому і наша медицина – і в профілактичній, і у санітарно-просвітницькій роботі. Винятком є профілактичні огляди певних категорій (медпрацівників, освітян, працівників харчової промисловості), але і вони іноді проводяться доволі формально.

Діяльність Благодійного фонду «САЛЮС» спрямована на промоцію здоров'я та профілактику хвороб. Його найважливіше завдання – формування культури здорового способу життя, зменшення прогалини між знаннями та їх практичним застосуванням.



межі медичних установ, їх наближення до місця перебування користувачів. Прикладом такої діяльності може слугувати проєкт, спрямований на попередження раку молочної залози, який впроваджувався у 2009–2010 роках. Цільовою групою проєкту були жінки, які працюють у системі освіти Львова. Інформаційні тренінги проводилися безпосередньо в школах. Одразу після тренінгу в медпункті лікарі-гінекологи пропонували учасницям оглянути молочні залози. Запідозривши патологію, жінок скерували на УЗД або мамографію у Львівський міський мамологічний центр, з яким було підписано угоду про позачергове обстеження жінок-педагогівок.

Інший приклад – проєкт «Мобільна амбулаторія», спрямований на попередження ВІЛ у середовищі представників уразливих до ВІЛ-інфекції груп, який БФ «САЛЮС» реалізує від 2008 року. Мобільна амбулаторія (спеціально обладнаний автобус «Богдан») здійснює свої щоденні поїздки визначеними маршрутами у Львові та області. Аутич-команда складається з кількох спеціалістів – лікаря, медсестри, соціального працівника, які під час щоденних виїздів мобільної амбулаторії надають представникам цільових груп інформаційні, консультативні та діагностичні послуги, проводять експрес-тестування на ВІЛ та інфекції, що передаються статевим шляхом (ППСШ).

**Соціальний супровід** застосовується під час роботи з користувачами проєктів, спрямованих на профілактику ВІЛ-інфекції, ППСШ, туберкульозу. Як правило, це представники вразливих та маргінальних груп населення: споживачі наркотиків, підлітків груп ризику, діти вулиці, особи, звільнені з місць позбавлення волі, безхатченки, люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Соціальні працівники фонду не лише заохочують користувачів здійснити візит до лікаря (гінеколога, дерматовенеролога, сімейного лікаря чи спеціаліста УЗД, зробити тести на ВІЛ, ППСШ, флюорографію), але й забезпечують супровід користувачів проєктів до спеціалістів – медиків, які проводять необхідне обстеження та обирають подальшу тактику



### ПЕРШИЙ ВИПАДОК ПІВДНОГО ОДУЖАННЯ ХВОРОГО НА СНІД

За повідомленням науковця з Каліфорнійського університету Джея Леві, вперше в медичній практиці виявлено випадок повного одужання хворого на СНІД, у якого було виявлено ВІЛ-інфекцію ще 15 років тому. Згодом вона проявилася як лейкемія та інші характерні для СНІДу хвороби. У 2007 році пацієнтові зробили трансплантацію стовбурових клітин кісткового мозку. Внаслідок рецидиву через деякий час трансплантація було повторено. Вже через рік після неї у хворого не виявили не лише ознак лейкемії, а й ніяких ознак ВІЛ-інфекції!

Зараз медики вважають цю особу функціонально здоровою, хоча не виключають, що в організмі могла залишитися так звана «неактивна версія» ВІЛ, яка ще може активізуватися. Доктор Пол Волдбердінг із Каліфорнійського університету пояснює, що медикам невідомо, який саме «елемент лікування» сприяв очищенню організму від ВІЛ. Існує припущення про те, що донор стовбурових клітин володів імунітетом проти ВІЛ, який зустрічається надзвичайно рідко – лише у 1 відсотка людей білої раси! Вірогідно. Саме це і спричинило ситуацію, коли в крові хворого стали відсутні рецептори ССР5, завдяки яким всі існуючі сьогодні штами ВІЛ проникають всередину здорових клітин.

Водночас вчені залишаються досить обережними щодо своїх прогнозів про віднайдений панacea від ВІЛ/СНІДу. Адже застосоване в даному випадку лікування може виявитись ефективним не у всіх хворих.

## ІНФОРМАЦІЙНО-РЕСУРСНИЙ ЦЕНТР З ПИТАНЬ ВІЛ/СНІДУ

За даними Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, фінансування на протидію поширенню ВІЛ/СНІДу визначене Законом «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 роки». Згідно з цим документом, на всі дотичні до цієї проблеми потреби протягом п'яти років планують використати близько 3,6 млрд грн. (зокрема, із державного бюджету – 2,9 млрд грн.). У Держслужбі з питань протидії ВІЛ/СНІДу повідомили, що передбачені цією програмою кошти виділяються у повному обсязі. У такій ситуації вагомою є фінансова допомога закордонних партнерів, які підтримують діяльність громадських організацій та благодійних фондів.

З 1 жовтня 2009 року на базі Благодійного фонду «Салюс» за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» створено Міжрегіональний інформаційно-ресурсний центр з питань ВІЛ/СНІДу, діяльність якого поширюється на терени Західної України.

Цей центр координує роботу ВІЛ-сервісних неурядових організацій, насамперед організовує навчання з метою підвищення фахового рівня працівників громадського та державного секторів Львівської, Волинської, Тернопільської, Чернівецької, Івано-Франківської, Закарпатської областей. Налагоджено співпрацю з 36 громадськими організаціями, 9 державними

мерціями сексу, діти вулиці), структурами, що займаються профілактикою та боротьбою зі СНІДом, реабілітаційними центрами, «кабінетами довіри», медичними закладами та соціальними службами. Саме працівники цих сфер залучаються до посиленої тренінгової програми, тематика якої є різноманітною та дозволяє отримати навички роботи з уразливими

**За даними ВООЗ у світі ВІЛ/СНІДом уражено 34 мільйони осіб, а кожного дня від СНІДу помирає 5 тисяч осіб. На кожного хворого, який починає лікування припадає 5 свіжих інфікованих. Згідно із офіційними даними в Україні інфіковано більше 375 тисяч осіб і ситуація із цією інфекцією найсерйозніша в Європі. Кожного року в третю неділю травня світ задує людей, померлих від СНІДу. Задує їх для того, щоб висловити свою солідарність з тими, хто живе із ВІЛ/СНІДом та нагадати про те, що це нещастя може торкнутись кожного.**

медичними закладами, 73 відділеннями ДЦСССДМ. Майже 300 осіб взяли участь у тренінгах, проведених у рамках роботи ресурсного центру.

За три роки діяльності центру налагоджено партнерські стосунки з іншими організаціями, які працюють насамперед з уразливими групами населення (споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки ко-

групами. «Профілактика передозувань», «Соціальний супровід», «Робота в групах самопомогли», «Гепатити», «Мотиваційне консультування клієнтів» – ось далеко не повний перелік тем, які допомагають створити сприятливе середовище для довгострокової та ефективного відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу. Налагоджено співпрацю щодо передресорції ВІЛ-інфікованих між громадськими організаціями для отримання повного комплексу послуг. Масо гарні стосунки з представниками БФ «Аванте», ЛМГОЦ «Дорога», Львівським центром соціального захисту та реабілітації інвалідів «Созарін», реабілітаційними центрами – спільно плануємо роботу, проводимо різні заходи, які сприяють зменшенню темпів розвитку епідемії ВІЛ/СНІД та дотичних до неї проблем.

Щоб якнайповніше охопити сегмент роботи, працівники БФ «Салюс» здійснюють регулярні ви-



їзди в обласні та районні центри. При плануванні виїздів пріоритет надаємо тим адмінтериторіям, де показник поширеності ВІЛ-інфекції перевищує середній по області. Неодноразово були у Стрийському, Червоноградському, Дрогобицькому, Золочівському, Жовківському, Жидачівському районах, де разом із представниками виконавчих структур, лікарями, педагогами, соціальними працівниками соціальних служб обговорювали цю проблему та шукали шляхи покращення епідеміологічної ситуації. Для налагодження зв'язків, надання консультативної підтримки здійснювали експертні візити у Тернопільську, Волинську, Чернівецьку області до ВІЛ-сервісних партнерських організацій: БФ «Шанс», БФ «Джерела», БФ «Життя заради життя» тощо. Такі візити плануємо заздалегідь, вивчаємо розвиток ВІЛ-інфекції на даній території, діяльність Центрів соціальних служб та громадського сектора, співпрацю з державними медичними закладами. Такий напрямок роботи є досить продуктивним. Здійснюючи візит, ми масо можливість реально оцінити рівень надання послуг ВІЛ-інфікованим у регіонах, виявити проблеми, запросити консультантів, організувати тематичні тренінги на місцях, щоб спільними зусиллями протидіяти поширенню ВІЛ-інфекції.

За час роботи ресурсного центру видано довідник організації, що надають послуги з ВІЛ/СНІД у

Львівській, Волинській і Тернопільській областях. У ньому подано інформацію (зокрема, контакти) про лікувально-профілактичні заклади, центри соціальних служб та неурядові ВІЛ-сервісні організації, описано послуги, які можуть отримати представники уразливих груп та всі особи, які мають бажання запобігти біді, а не пожинати плоди недоброго ставлення до свого здоров'я.

Для поширення інформації про законодавчу базу, найкращі практики боротьби з ВІЛ/СНІДом, заходи антитретровірусної терапії та нашу тренінгову та щоденну діяльність ми створили Інтернет-сторінку: <http://www.mirts.org.ua/>. З цієї ж метою використовуємо електронну розсилку.

Зважаючи на фактичні показники і тенденції, пріоритетним напрямком діяльності Міжрегіонального ресурсного центру залишається первинна профілактика – інформування про проблему, проведення соціальної роботи з дітьми та молоддю, пропаганда здорового способу життя, формування толерантного ставлення до людей, які живуть із ВІЛ. Сподіваємось, що наша робота не одній людині принесе користь, а може, й врятує життя!

**Оксана КРИСТИНЯК,  
керівник Міжрегіонального  
інформаційного центру з проблем  
ВІЛ/СНІД БФ «Салюс».**



## МИСТЕЦТВО ПРОТИ СНІДУ

*Ars longa – vita brevis*

Звичай профілактика хвороб базується на застереженні, яке часто виглядає як залякування та супроводжується ілюстраціями візуальної симптоматики, що, в свою чергу, викликає негативні емоції у слухачів, читачів чи глядачів. Авторська програма Благодійного фонду «САЛЮС» «Мистецтво проти СНІДу», що діє вже протягом 14 років, має на меті профілактику ВІЛ/СНІДу та популяризацію здорового та безпечного способу життя. Відмінністю цієї програми від інших профілактичних заходів є нестандартний підхід та незвична форма, оскільки впроваджується вона не через лекції та диспути, а через семінари та обговорення, а з допомогою різних мистецьких форм, які кожен сприймає по-своєму. Адже відомо, що мистецтво промовляє тоді, коли слова безсилі.

Психологи вважають, що зацікавлення з'являється слідом за виникненням емоцій – позитивних чи негативних. Мистецтво викликає емоції і тому служить прекрасним промотором ідей, спрямованих на подолання чи профілактику ВІЛ, які ми намагаємося донести до громади. Учасником програми може стати кожен – іменитий мистець і скромний студент, професіонал і початківець – аби лише міг з використанням різних мистецьких засобів висловити власну ідею «антиСНІД».

Щороку конкурсантам пропонують творити у різних жанрах, серед яких були мода, поштові картки, боді-арт, кулінарія, фотографія, авторські костюми і навіть авторські малюнки на полотнищах парасольок. Надіслані учасниками роботи розглядає журі та визначає призери місяця. Після завершення конкурсу та визначення переможців відбувається виставка робіт учасників у музеях та виставкових центрах Львова. Неодноразово виставки та презентації проводились у «Музеї ідей» та у Палаці мистецтв.

Програма приурочена до Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом, який відзначають 1 грудня. У 2011 р. було оголошено конкурс «Захисти себе», в рамках якого учасникам пропонували виготовляти роботи на полотнищах відкритих парасольок. Чому саме на парасольках? Тому що вони захищають нас від дощу, вітру, мокрого снігу. Ми скористалися аналогією і запропонували парасольками «захиститися» від проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІД. Виставка робіт тривала тиждень і закінчилась 1 грудня ходою на площу Ринок, де волонтери з парасольками в руках створили «жизні» стрічку – символ усіх кампаній боротьби зі СНІДом.

Постійними партнерами програми є Львівський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Благодійний фонд «Метаморфозис», Науковий медично-діагностичний центр «АСТАР», Благодійний фонд

підтримки та розвитку культурно-мистецьких ініціатив «РУСТ». Програма реалізується за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Слідуючи за анонсами на нашій веб-сторінці [www.salus.org.ua](http://www.salus.org.ua), Ви, вельмишановні читачі, можете також долучитися до акції «Мистецтво проти СНІДу», і, таким чином, виявити своє ставлення до проблематики, яка, без сумніву, стосується кожного.

**Солюмія ЧУМАЧЕНКО,  
фахівець соціальної роботи  
БФ «САЛЮС».**

**Від редакції.** На сторінках газети пропонуємо увазі читачів невеличку ретроспективу мистецьких акцій, проведених Благодійним фондом «САЛЮС».

У 2008 році у Львівському палаці мистецтв відбувся конкурс колекцій дизайнерського одягу «Поглянь навколо» тематики «антиСНІД». 20 молодих дизайнерів з усієї України представили 17 колекцій одягу, автори яких презентували Луганщину, Дніпропетровськ, Київ, Львів.



## ПІДТРИМАТИ І СЛОВОМ, І ДІЛОМ

Безперечним є те, що діагноз «ВІЛ-інфекція» або «СНІД» має значні психологічні наслідки для особистості. Пристосування до «життя з вірусом» означає необхідність постійного опанування стресу та адаптацію до нового стану в усіх сферах життя. Психологічна підтримка людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та хворих на СНІД надзвичайно важлива тому, що усвідомлення наявності у себе смертельного захворювання викликає відчуття самотності, відчуженості та ізоляції, створює надмірний психологічний тиск та постійне занепокоєння, які, в свою чергу, можуть викликати суттєві психологічні та фізичні зміни та посилювати прояви захворювання.

У Львівському обласному центрі профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом працює соціально-психологічна служба. Її основні завдання – проведення до- та після-статевого консультування при тестуванні крові з метою дослідження на ВІЛ-інфекцію, психологічний супровід, надання інформації та організація освітньо-психологічного процесу для всебічного особистісного розвитку пацієнтів.

Психолог проводить психодіагностування з метою корекції психічного стану пацієнтів, адже для ВІЛ-інфікованих людей характерне довготривале перебування у стані тривожності, депресії, стресу. Регулярно проводяться індивідуальні психологічні заняття та консультації з ВІЛ-інфікованими, хворими на СНІД та членами їх родин з метою надання емоційно-психологічної підтримки при оголошенні позитивних результатів, у шокових та кризових станах. Особливо важливою є допомога у період адаптації до ВІЛ-позитивного статусу. Розробляються шляхи безпечної поведінки, зокрема з представниками уразливих груп (споживачів ін'єкційних наркотиків; працівників комерційного сексу; чоловіки, що мають секс з чоловіками).

Соціально-психологічна служба бере участь у здійсненні замісної підтримуючої терапії (ЗПТ). Замісна терапія – це програма для людей, наркозалежних від вживання опіюїдів. Для таких людей призначають замісний препарат (метадон, бупренорфін), який покращує стан хворого, запобігає розвитку синдрому відміни, зменшує попит до нелегальних наркотиків, створює можливість реабілітації та зменшує ймовірність ризикованої поведінки (щодо ВІЛ-інфекції та інших хвороб, що передаються через кров).

Психологічний супровід, тестування, анкетування учасників ЗПТ проводиться з метою:

- надати психологічну підтримку;
- допомогти пацієнтові покращити стан здоров'я;

- допомогти вирішувати проблеми, пов'язані зі зловживанням наркотиками;
- зменшити рівень ризикованої поведінки, пов'язаної зі зловживанням наркотиками, зокрема, ризик смерті від передозування, інфікування ВІЛ та іншими інфекціями, які передаються через кров та статевим шляхом;
- зменшити кримінальну активність, пов'язану з вживанням заборонених наркотиків;
- покращити особистий стан, поліпшити сімейне становище, відновити соціальні функції.

Важливим напрямком у роботі соціально-психологічної служби є формування прихильності до антиретровірусної терапії у ВІЛ-інфікованих та їхніх родичів, у батьків ВІЛ-інфікованих дітей. Рівень прихильності впливає на ефективність та результати лікування, покращання якості життя ВІЛ-інфікованих, зменшення захворюваності та смертності.

Психолог центру надає психологічну допомогу ВІЛ-інфікованим вагітним жінкам та їхнім родичам. З метою зменшення ризику передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності і родові він допомагає у формуванні прихильності до антиретровірусної терапії, мотивує до безпечної поведінки під час вагітності.

Ведеться психологічний супровід у ВІЛ-дискордантних парах. Це – сімейні пари, в яких лише один має ВІЛ-позитивний статус. Кожна така пара потребує психологічної допомоги та підтримки протягом усього часу її існування. Враховуючи індивідуальні особливості пари, визначається необхідний формат роботи – частота та кількість консультацій, методи проведення. Необхідно бути в курсі всіх переживань і проблем пари, аби вчасно надати необхідну допомогу, зменшити стресовість ситуації та подальших негативних наслідків. Корисним буде проведення консультацій окремо з кожним партнером, де вони зможуть висловити свої побоювання та страхи, які з різних причин остерігаються озвучити один одному. Також важливою є

допомога у розкритті свого ВІЛ-позитивного статусу партнерові за бажанням клієнта.

Одним із важливих завдань соціально-психологічної служби є проведення до- та після-статевого консультування на ВІЛ-інфекцію в залежності від особливостей різних груп населення.

**Особливості консультування підлітків під час первинного дотестового консультування:**

- з'ясувати, що саме непокоїть підлітка, надати йому основні знання;
- встановити ставлення підлітка до тестування на ВІЛ-інфекцію;
- враховуючи, що при отриманні позитивного результату перед підлітком постане гостра проблема, визначити, кого і в якій формі він має повідомити про свій ВІЛ-статус;
- допомогти підліткові вирішити ці питання, запропонувати йому прийти на після-статеве консультування разом із матір'ю, батьком або іншими законними представниками.

При позитивному результаті тесту, враховуючи лабільність нервової системи у підлітків, необхідно надати психологічну допомогу для попередження негативних наслідків, зокрема, суїцидів.

**Особливості консультування споживачів ін'єкційних наркотиків.** Спосіб життя споживачів ін'єкційних наркотиків часто пов'язаний із правопорушеннями, конфліктами з законом та викликає осуд з боку суспільства. У зв'язку з цим ці особи можуть іти обережніше та недовірою ставитись до послуг з консультування і тестування. Тому необхідно:

- суб'єктивно оцінити наявність у пацієнта стану наркотичного або алкогольного сп'яніння, при неадекватності сприйняття інформації призначити повторну зустріч;
- пояснити, що дуже важливо, аби пацієнт прийшов за результатом;
- пояснити, що пацієнт вже зробив важливий крок, прийшовши на консультацію, бо знання, які він тут отримає, зможуть допомогти йому керувати своїм життям;
- надати інформацію про групи взаємодопомоги, які об'єднують людей з подібними проблемами.

**Особливості консультування працівників комерційного сексу:**

- слід приділити особливу увагу створенню атмосфери довіри;
- допомогти таким особам знаходити шляхи подолання перешкод, з якими вони зустрічаються під час спроб зменшити ризик інфікування ВІЛ;
- попередити про необхідність дотримання профілактичних заходів для попереджен-

ня поширення ВІЛ-інфекції та кримінальну відповідальність за інфікування партнерів;

- запитати про наявність та причини випадків сексу без презервативів, розглянути шляхи уникнення таких ситуацій;

- допомогти з'ясувати власну оцінку ризику – щодо вірогідності інфікування та поширеності сексуального насильства серед оточення працівників комерційного сексу.

**Особливості консультування чоловіків, що мають секс з чоловіками.** Неприйняття сексу чоловіків з чоловіками з боку суспільства створює додаткові перешкоди при обговоренні індивідуальних ризиків, пов'язаних зі статевому поведінкою. Саме тому необхідно знайти делікатний підхід до пацієнта, щоб реально оцінити його індивідуальні ризики і надати підтримку.

**Особливості психологічного консультування осіб зі СНІДом.** СНІДомобія – це часто безпідставний страх щодо можливості інфікування та захворювання на СНІД, переконання, що ВІЛ-інфекція – це вирок, а СНІД – смерть. До СНІДомобії мають схильність особи з нестійкою емоційно-чутливою сферою, легко навіювани, іпохондричні, невротичні, істеричні, яким притаманні стресові та депресивні стани. Зазвичай це люди, які не інфіковані ВІЛ, але мають інші проблеми психологічного характеру. Ці пацієнти відрізняються від інших вже на дотестовому консультуванні завдяки підвищеній тривожності, сильному почуттю провини, нав'язливій поведінці, депресивному стану, істерії та ін. Пацієнт відчуває перед близькою людиною провинку, яка перетворюється на страх перед СНІДом. Усі форми страхів можуть супроводжуватися стійкими симптомами, які мають причину, зовсім не пов'язану з ВІЛ-інфекцією. Тому в цьому випадку передусім необхідно визначити форму і природу страхів та провести психокорекцію.

Психолог центру СНІДу проводить також профілактику емоційного вигорання серед персоналу закладу.

Соціально-психологічна служба ЛОЦ СНІДу працює в тісному контакті з лікарями, співпрацює з соціальними службами, благодійними фондами, освітніми закладами. Психологи і соціальні працівники беруть участь у заходах, спрямованих на формування в суспільстві толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих, зокрема, на зниження дискримінації ВІЛ-позитивних і представників уразливих груп на робочих місцях, в освітніх закладах.

Світлана САЙКО,  
психолог центру.

## ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ ПРОТИДІЯ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ

Епідемія ВІЛ/СНІДУ в Україні, з огляду на свою соціальну небезпеку та високі темпи поширення, перебуває сьогодні в центрі уваги держави, що неодмінно позначається на нормативно-правовому регулюванні відносин у сфері профілактики та лікування цього захворювання. Відтак, в останні роки спостерігаємо надзвичайно динамічний розвиток відповідного національного законодавства, відчутний вплив на формування якого здійснюють міжнародні організації. Це проявляється не лише у появі значної кількості нормативно-правових актів з питань ВІЛ/СНІДУ, створенні системи державних органів, служб та закладів, які провадять свою діяльність у цій сфері. Вимогами часу та міжнародними нормами продиктована також і зміна концептуального ставлення держави до правового статусу та захисту ВІЛ-інфікованих.

Законодавство України у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ складається з доволі широкого переліку законів та підзаконних нормативно-правових актів загального характеру – Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я, Цивільного кодексу України, Кримінального кодексу України, законів України «Про захист персональних даних», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про захист населення від інфекційних хвороб», так і спеціальних законів – «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини

(ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки».

Безперечно, основне місце в регулюванні питань ВІЛ/СНІДУ посідає спеціальний Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» в редакції закону №2861-VI від 23.12.2010 р. (надалі – Закон 2010 р.), що набрав чинності в січні 2011 року. Цей закон, відповідно до норм міжнародного права, визначає порядок правового регулювання діяльності у сфері профілактики та лікування хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини, забезпечення ефективної протидії їх поширенню, а також відповідні заходи щодо підтримки, правового і соціального захисту людей, які живуть із ВІЛ.

Слід зауважити, що сам Закон було прийнято ще в 1991 році, а у 1998 році до нього було внесено зміни шляхом вкладки в новій редакції – «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (надалі – Закон 1998 р.), яка діяла більше 10 років. Отже, чинний текст Закону 2010 р. є його третьою редакцією, не рахуючи деяких змін, що періодично вносилися в окремі статті цього законодавчого акта.

\*\*\*  
Основною причиною, яка зумовила прийняття Закону 2010 р., була необхідність активізації профілактики поширення ВІЛ-інфекції/СНІДУ, дотримання прав людей, які живуть із ВІЛ, а також формування толерантного ставлення до них у суспільстві.

У новій редакції закону було дещо змінено тлумачення основних термінів. Так, якщо Закон 1998 р. визначав ВІЛ-інфекцію як захворювання, викликане вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), а СНІД – його кінець-стадію, то в Законі 2010 р. вже передбачено «хвороби, зумовлені ВІЛ (ВІЛ-інфекція)» – комплекс визначених Міжнародною класифікацією хвороб уражень організму людини, зумовлених пов'язаними з впливом ВІЛ ускладненнями імунної системи, який на початковому етапі свого розвитку має характер стану безсимптомного носійства ВІЛ, а за умови відсутності відповідного лікування та впливу інших несприятливих для організму ВІЛ-інфікованої особи обставин набуває клінічних проявів у вигляді різноманітних інфекційних, паразитарних захворювань, злоякісних пухлин, інших хвороб чи зумовленого ВІЛ синдрому набутого імунодефіциту. СНІД – стадія розвитку хвороби, зумовленої ВІЛ, що характеризується клінічними проявами, спричиненими глибоким ураженням імунної системи людини під впливом ВІЛ.

(Продовження  
у наступному номері)

Андрій ОЛІЙНИК,  
асистент кафедри організації і управління охороною здоров'я ФПДО ЛНМУ ім. Данила Галицького

## МИСТЕЦТВО ПРОТИ СНІДУ

*Ars longa – vita brevis*

У 2002 році відбулася акція-конкурс «Боді-арт анти-СНІД». Оскільки боді-арт є авангардним видом мистецтва, то поєднання його атракційності з кампанією проти СНІДУ стало ефективною формою привернення уваги громадськості до цієї важливої проблеми.





## ДІЯЛЬНІСТЬ БФ «САЛЮС», СПРЯМОВАНА НА ПОДОЛАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Туберкульоз – соціальна хвороба, епідемія якої завжди виникала слідом за економічною кризою. Останній спалах захворюваності був у середині ХХ ст. після Другої світової війни. А у 1995 році Всесвітня організація охорони здоров'я знову оголосила епідемію туберкульозу в усьому світі.

Великого поширення набув туберкульоз в Україні. Незважаючи на численні запобіжні заходи, на туберкульоз хворіє 1,5 відсотка населення; щоднями туберкульозом інфікуються четверо жителів нашої країни, а один хворий вмирає.

Проблема стоїть у Львівщині. Захворюваність на туберкульоз у 2011 році становила 64,5 осіб на 100 тисяч населення, у 2010 році – 66,3 особи на 100 тисяч населення. Показники смертності у 2011 році були 13,4 осіб на 100 тисяч населення, проти 17,1 у 2010 р. Відзначається тенденція до зниження рівня показників захворюваності та смертності, проте Львівщина надалі перебуває в стані епідемії туберкульозу.

В епідемічному плані з'явилася нова небезпека – поява хіміорезистентних форм туберкульозу та збільшення випадків ко-інфекції ВІЛ/туберкульозу. Причинами розвитку хіміорезистентного туберкульозу є перерви у лікуванні, недотримання режиму хіміотерапії, самолікування та некоректно призначені схеми лікування. Лікування таких форм туберкульозу є набагато складнішим, менш ефективним і дороговартісним.

Відомо, що людина має природну стійкість, імунітет до туберкульозу, що обумовлено сукупністю спадкових і набутих факторів. Істотною роллю відіграє набутий, інфекційний або вакцинальний імунітет, який при туберкульозі не стерильний і спричиняється наявністю в організмі збудника при відсутно-

сті клінічних проявів хвороби. Цей імунітет з часом слабшає і може втрачатися, тому необхідна ревакцинація. Раннє виявлення туберкульозу – одне з найважливіших завдань, оскільки в таких випадках вдається досягнути вилікування пацієнта.

У 2011 році БФ «САЛЮС» розпочав діяльність з профілактики туберкульозу та коінфекції ВІЛ/туберкульозу у Львівській області. Сьогодні фонд реалізує два важливі проекти.

1. Проект «Профілактика ВІЛ-інфекції серед пацієнтів, що перебувають на лікуванні у Львівському регіональному фтизіопнеumonологічному клініко-діагностичному центрі» реалізується за підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні.

2. Проект «Я дихаю – і, значить, я живу» сформулював на активізацію виявлення туберкульозу в групах ризику (люди, що живуть з ВІЛ; наркозалежні; безхатченки; особи, звільнені з місць позбавлення волі) через аутріч та мобілізацію лідерів спільного мережею організації та установ Львівської області. Проект є частиною програми «Зупинимо туберкульоз в Україні», що підтримує Фонд Рината Ахметова «Розвиток України» за коштів Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Програма має три напрямки – адвокація, комунікація та соціальна мобілізація. Наш проект стоїть у двох складових – адвокаційній (за підтримки БФ «Інтелектуальні перспективи») та напрямку «Соціальна мобілізація» (за підтримки ВБФ «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій»).

Туберкульоз найчастіше уражає легені – легеневі форми становлять близько 90 відсотків усіх випадків захворювання. Медикам потрібно звертати увагу на те, що при роз-

витку туберкульозного процесу в легенях або внутрішньогрудних лімфатичних вузлах клінічна картина може нагадувати грип, пневмонію. У дорослих хвороба перебігає найчастіше з дуже мізерною симптоматикою. У більшості туберкульоз виявляють при профілактичній флюорографії. Рідше звернення пацієнтів пов'язані зі скаргами незначеного характеру, зумовленими інтоксикацією, або з більш вираженими симптомами, що нагадують картину бронхіту, катару верхніх дихальних шляхів, грипу або пневмонії. У деяких осіб захворювання починається з охриплості голосу, болю в горлі, обумовленого ураженням гортані. Тривожним симптомом є кровохаркання. Місцеві симптоми (біль у грудях, кашель більше трьох тижнів, задихка) можуть мати різний ступінь вираженості і залежать від форми, фази і поширення процесу. При несприятливих умовах відбувається розвиток процесу в легенях: настають періоди загострень, які змінюються періодами затихання і уявного благополуччя, що тривають від кількох місяців до кількох років. Періоди загострень тривають від кількох днів до 1–3 місяців; при цьому підвищується температура, зникає апетит, розвивається кашель, задихка, слабкість, збільшується кількість харчотиння, в якому знаходяться мікобактерії туберкульозу.

У цей час можуть виникати характерні для туберкульозу ускладнення у вигляді кровохаркання, випитних плевроитів, пневмотораксів, ураження інших органів. У період загострень з'являються нові вогнища в легенях, порожнини розпаду, які можуть стати джерелом небезпечних для життя кровотеч.

При прогресуванні туберкульозу легенів спостерігається порушення функцій дихання, кровообігу, травлення, з'являється задихка, погіршується апетит, порушується

засвоєння їжі, турбує безсоння. Пацієнт худіє, набуває вигляду «сухотного» хворого.

Рентгенологічні методи дозволяють визначити локалізацію та поширення патологічного процесу, але без врахування результатів інших досліджень не можуть слугувати надійним методом діагностики, оскільки зміни, подібні до туберкульозної патології, можуть бути обумовлені іншими захворюваннями органів дихання. Останнім часом перебіг і картина багатьох хвороб, у тому числі туберкульозу, змінилася, й уже не існує рентгенологічної картини, абсолютно типової для туберкульозу. Хоча зміни в легенях, виявлені при рентгенообстеженні, можуть викликати в лікаря підозру на туберкульоз, важливо пам'ятати, що результат рентгенографії грудної клітки сам по собі не є остаточною для встановлення діагнозу. Він обов'язково повинен бути підтверджений мікроскопією мазка й бактеріологічними дослідженнями мокрот.

Позитивний результат мікроскопії мокрот свідчить про масивне бактеріовиділення. Бактеріовидільчачі становлять приблизно третину всіх вперше виявлених хворих на туберкульоз органів дихання. Пацієнти, в яких діагностувано туберкульоз не вдалося підтвердити виявленням у мокроті, потребують додаткового обстеження. Повторне обстеження мокрот спрямоване на виявлення МБТ, L-форм збудника та визначення тесту медикаментозної чутливості.

Наявність специфічних туберкульозних змін у матеріалі, отриманому при ендобронхіальній чи трансторакальних біопсіях, біопсії плеври, торакоскопії, медіастинскопії (-томії), відкритій біопсії легень також є підставою для верифікації діагнозу туберкульозу. Присутність ДНК мікобактерій туберкульозу можна встановити в досліджуваному матеріалі за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЦР), яка в останні роки стала доступною і використовується все ширше.

Крім того, існують позалегенові форми туберкульозу, які зустрічаються набагато рідше – туберкульоз гортані, кишківника, кісток та суглобів, нирок, шкіри. Тому застосовують і туберкулінодіагностику – специфічний діагностичний тест, що проводиться для своєчасного виявлення інфікованих мікобактеріями туберкульозу та хворих на туберкульоз. Для діагностики туберкульозу в дитячому віці найчастіше використовують пробу Манту.

Згідно з DOTS-стратегією (системою організації протитуберкульозних заходів), лікування хворих на туберкульоз проводиться в стаціонарних та амбулаторних умовах у протитуберкульозних диспансерах, спеціалізованих кабінетах. Лікування складається з основної та підтримуючої фаз, під час яких хворі отримують протитуберкульозні препарати, тривалість лікування хворого може складати від 6 до 24 місяців. Хворим призначають стандартизовані схеми лікування відповідно до категорії захворювання. Хворі на заразну форму туберкульозу підлягають обов'язковому лікуванню в стаціонарних умовах. Лікування туберкульозу в Україні є безкоштовним.

Важливим методом профілактики туберкульозу є вакцинація із застосуванням вакцини БЦЖ після чого протитуберкульозний імунітет утримується протягом 5–7 років. Одним із важливих методів профілактики туберкульозу є хіміопрофілактика із застосуванням протитуберкульозних препаратів з метою запобігання інфікуванню мікобактеріями туберкульозу та захворюванню на туберкульоз здорових осіб, які перебувають у несприятливих епідеміологічних умовах.

**Павло ЛИХОВИД,**  
лікар-фтизіатр, консультант  
БФ «САЛЮС».

**Олена КОВАЛЬЧУК,**  
керівник проекту БФ «САЛЮС».

## ЗУПИНИМО ТУБЕРКУЛЬОЗ РАЗОМ!

У рамках Всеукраїнського проекту «Зупинимо туберкульоз в Україні», що здійснюється за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, Благодійний фонд «САЛЮС» спільно з Головним управлінням охорони здоров'я Львівської ОДА організували 20 березня у Львові семінар-тренінг для журналістів, присвячений протидії поширенню туберкульозу у Львівській області.

Сьогодні туберкульоз є тією проблемою, про яку потрібно говорити. Актуальні питання легеневого та позалегенового туберкульозу, тривожні цифри захворюваності та смертності від цієї недуги, перестороги медиків щодо попередження інфікування та необхідності вчасної діагностики – ці та багато інших питань, про які повинні знати наші громадяни, щоб уберегти себе і своїх рідних, висвітлювалися під час семінару. Мова йшла також і про роль засобів масової інформації у вирішенні цієї проблеми.

За словами керівника проекту **Олени Труш**, сьогодні дуже важливо підвищити поінформованість населення про епідемію туберкульозу, адже чимало наших громадян вважають туберкульоз вже далеко не актуальною проблемою, яка, на їхню думку, не може стосуватися їх самих. У такій ситуації завдання мас-медіа – достукатися до свідомості кожного громадянина та змусити його вчасно звернутися до лікаря або пройти звичайне обстеження – флюорографію.

Фактивні стверджують, що найбільшою проблемою сьогодні є масова відмова батьків від туберкулінодіагностики своїх дітей. «Батьки відмовляються від цієї процедури, не розуміючи, що вона може показати, чи дитина інфо-

вана туберкульозом», – зауважує **Оксана Пушкаркова**, лікар-епідеміолог відділу особливо небезпечних інфекцій Львівської обласної санепідемістанції. За її словами, половина дітей, в яких цього року було виявлено туберкульоз, проживали у вогнищах захворювання, де хтось із родичів вже був хворий на туберкульоз. Через те, що батьки відмовлялися від обстеження дитини, вона потрапляла до лікарів з клінічними проявами та важкими формами хвороби.

Вже декілька років захворюваність на туберкульоз як на Львівщині, так і в Україні, особливо серед сільських мешканців, статистично не зростає. Проте цей показник може свідчити і про певне недо виявлення хворих осіб. Головний обласний дитячий фтизіатр **Галина Мацех** розповіла, що в містах виявляють більше дітей, хворих на туберкульоз, а у селах хворіють більше діти з вогнищів інфекції. «У дітей цю інфекцію часто виявляють не при профілактиці, а вже за наявності скарг. Третина хворих мають туберкульоз з деструкціями, тобто запізнілу форму, яку не було виявлено вчасно, і це жахливий показник! Треба пам'ятати, що іншого методу, ніж туберкулінодіагностика, немає», – каже **Галина Мацех**.

Як стверджує головний позаштатний фтизіатр області **Володи-**

**мир Новосільський**, люди мають недостатню пересторогу щодо небезпек та ймовірності захворіти на туберкульоз, тому нехтують рентгенфлюорографією як надійним способом профілактики і діагностики. Слід знати і про існування ще й такого методу виявлення туберкульозу на ранніх стадіях, як бактеріоскопія харчотиння.

Мало хто знає і про позалегенові форми туберкульозу, адже ця інфекція може уражати будь-який орган, окрім волосся та нігтів. В Україні на 10 випадків зареєстрованого туберкульозу легень припадає один випадок позалегенового туберкульозу. Крім того, медики зазначають, що будь-яка хронічна хвороба людини збільшує її шанси захворіти на туберкульоз, адже при цьому імунна система є ослабленою і не може захистити організм від збудника.

Організатори семінару-тренінгу досягли своєї головної мети – розв'язати всі чутки і міфи про саму проблему туберкульозу та, користуючись підтримкою медиків, надати правдиву інформацію через представників ЗМІ, які, оперуючи вагомими фактами, зможуть вплинути на свідомість наших громадян.

**Марія СОПІНКА,**  
учасниця семінару-тренінгу



## ПОТРІБНА ПОСТІЙНА ОБАЧЛИВІСТЬ Окремі питання ВІЛ-СНІДу в стоматології

У хворих на СНІД внаслідок пригнічення вірусом імунodefіциту людини клітинного імунітету спостерігають певні особливості перебігу одонтогенних хронічних процесів: запальні реакції на ендодонтичні втручання та їх неефективність; загострення хронічних періапикальних процесів, включно з розвитком одонтогенного остеомієліту. Крім того, у цих хворих відзначають погане загоєння післяопераційних ран, ерозій, виразок, різке зниження ефективності лікувальних заходів у ШІД та порожнини рота.

**При інфікуванні вірусом імунodefіциту людини і розвитку синдрому набутого імунodefіциту ознаки вказаної патології можуть з'являтися і в порожнині рота. Враховуючи досить високий рівень цієї соціально небезпечної інфекції та масовість стоматологічної допомоги населенню, надзвичайно актуальним є досконале знання стоматологами її проявів у порожнині рота та щелепно-лицевій ділянці**

У порожнині рота з'являються прояви бактерійних, вірусних чи грибкових стоматопатій. ВІЛ-інфікування може супроводжуватися проявами на слизовій оболонці порожнини рота тромбocyтопенічної пурпури (петехії та більші крововиливи), різноманітними глоситами, хейлітами, сіалоаденітами і зумовленою ними ксеростомією, плоскоклітинним раком слизової оболонки, розвитком саркоми Капоші, лімфом Беркіта.

Найпоширеніша внутрішньоротова ознака ВІЛ-інфікування – це декілька форм **гострого та хронічного кандидозу**.

При гострому атрофічному кандидозі спостерігають еритематоз слизової оболонки порожнини рота, атрофію ниткоподібних сосочків язика. При псевдомембранозному кандидозі на незмінній або ж гіперемійованій слизовій оболонці наявні окремі (діаметром до 3 мм) чи розліті неправильної

форми блишкоподібні утвори, дещо підняті над рівнем оточуючої їх слизової оболонки. Вони мають білий чи сіруватий колір і подібні до вогнищ гіперкератозу. Ці утворення доволі легко знімаються, і під ними виявляють еритему чи навіть ерозію слизової оболонки.

При хронічному кандидозі спостерігають гіперпластичні зміни на слизовій оболонці піднебіння та щік, а також ангулярні хейліти. Хворі скаржаться на відчуття печіння в ділянках дещо потовщенної та шорсткої слизової оболонки, болочистість при ангулярному хейліті.

Крім грибкових уражень, ознакою ВІЛ-інфікування можуть бути і бактеріальні ураження слизової оболонки порожнини рота – **гінгівостоматити**.

При виразково-некротичному гінгівостоматиті, що виникає в таких випадках, як правило, гостро (іноді йому передує катаральний гінгівіт), є некроз маргінальних ділянок ясен (частіше біля фронтальних зубів), вкритий жовтувато-сірим нальотом. Прогресування гінгівостоматиту провадить до некрозу обширних ділянок м'яких тканин ясен та кістки з її секвестрацією та випадінням зубів. Захворювання може розвиватися хвилеподібно, з періодичними ремісіями і подальшими важкими загостреннями.

Спостерігають також і агресивні форми **пародонтитів** з гіперплазією м'яких тканин маргінального пародонта і дифузною деструкцією

кістки. При цьому втрачаються окремі зуби, секвеструються ділянки альвеолярного паростка. Процес може набувати генералізованої форми.

Вірусні ураження слизової оболонки порожнини рота при ВІЛ-інфікуванні спричиняються найчастіше вірусом простого герпесу і перебігають як **первинний або рецидивуючий афтозний гінгівостоматит**.

Первинний герпетичний гінгівостоматит, який має ознаки гострого інфекційного захворювання, виявляють переважно у дітей та осіб молодого віку. У продормальному періоді спостерігають загальне нездужання, лихоманку, регіональний лімфаденіт щелепно-лицевій ділянці, катаральний гінгівіт, ангульні язвища. Через 2-5 днів з'являються типові ураження слизової оболонки у вигляді міхурців. Міхурці можна виявити лише на червоній облямівці губ та на шкірі обличчя в ділянках її переходу в слизову оболонку. В порожнині рота вони практично відразу тріскають, і на їх місці утворюються афти діаметром до 2-3 мм чи більші за розмірами ерозії слизової оболонки.

Афти мають гіперемійовану облямівку, вкриті білим чи жовтуватим фібриновим нальотом. Прогресуючи, афти можуть зливатися, утворюючи виразки, тобто ширші та глибші дефекти слизової оболонки. Усі ці утвори є дуже болочистими і загоюються протягом 5-12 днів. При тривалому перебігу одні афти загоюються, а натомість з'являються нові.

Надалі в інфікованої людини можуть виникати рецидиви герпесу у вигляді атипових за локалізацією міхурцевих висипань на яснах, язичі, м'язком піднебінні, губах або періорально. При рецидивуючому герпесі афти, що виникають

на місці міхурців, які трісли, значно більші, ніж при гострому перебігу (0,5-1,5 см). Якщо при цьому утворюються виразки, то вони кратероподібні, мають неправильну форму, дещо підняті краї, гіперемійована облямівка довкола. Їх поверхня вкрита фібриновим нальотом, після зняття якого видно кровоточиву раневу поверхню.

Несвочасне діагностування та відсутність лікування герпесу при ВІЛ-інфекції призводить до генералізації герпетичної інфекції в організмі з важкими наслідками, включно до смерті.

При оперізуючому герпесі надзвичайно болочисті міхурці на обличчі, афти або виразки на слизовій оболонці порожнини рота локалізуються вздовж нервових стовбурів щелепно-лицевій ділянці.

Специфічним проявом вірусного ураження слизової оболонки порожнини рота при ВІЛ-інфекції є **епітеліальні гіперплазії слизової оболонки щік, а також вузліковий розростання на яснах і твердому піднебінні**. Поверхня вузликів покрита дрібними сосочками. Вони можуть з'являтися хвилеподібно, рецидивувати.

Одним із проявів вірусного інфікування є **волосиста (ворснчаста) лейкоплагія** – волосоподібні розростання білуватою кольору, які піднімаються над слизовою оболонкою. Найчастіше вони локалізуються на тильній поверхні язика. Ці утворення, на відміну від подібних до них лейкоплагій, кандидозу і ретикулярного типу червоного плоского лишая слизової оболонки, в т.ч. гіперпластичного, не зникають під впливом специфічного лікування чи усунення місцевого подразника (наприклад, зняття протезів чи припинення паління тощо).

При хронічних рецидивуючих афтах спочатку виникає обмежений облятий інфільтрат слизової оболонки, на якому надалі з'являється афта, яка через 5-7 днів може перетворитись у виразку. Такі пошко-

дження слизової оболонки утримуються впродовж 7-10 днів і до 2 місяців та супроводжуються сильним болем. На їх місці при загоєнні залишаються рубці. Афти можуть виникати хвилеподібно протягом тижнів та місяців. Іноді їх важко відрізнити від твердого шанкеру. Сифілітичні папули, на відміну від афт, мають більший інфільтрат у своїй основі, менш болочисті, а запалена облямівка довкола має застійний характер. У самій же ерозії при мікробіологічному дослідженні виявляють біду трепонему.

**Рак слизової оболонки** може іноді проявлятися на фоні лейкоплагії, особливо її ерозивно-виразкової форми. Ракова виразка безболісна, має гладкі краї, незначну інфільтрацію основи. Надалі вона збільшується, перетворюючись у кратероподібну, з щільними валікоподібними краями та значним збільшенням інфільтрації основи. На її дні є розростання, схожі на грануляцію.

При **саркомі Капоші** з'являються червоні, синюваті або ж темного кольору болочисті плями, які не піднімаються над поверхнею слизової оболонки. Збільшуючись у розмірах, вони темнішають, стають болочистішими, на їх поверхні з'являються боріздки та виразки.

Одним із проявів СНІД у щелепно-лицевій ділянці може бути **лімфосаркома Беркітта**, яка переважно вражає нижню щелепу. Хворі скаржаться на болочистість зубів у ділянці ураження. Щелепова кістка потовщена, є регіонарний лімфаденіт, афти і виразки на слизовій оболонці рота. При рентгенівському обстеженні знаходять прояви резорбції кістки.

(Продовження  
у наступному номері)

**Оксана МАСНА-ЧАЛА,**  
кандидат медичних наук,  
асистент кафедри щелепно-лицевієї хірургії ЛНМУ ім. Данила Галицького

## ПРОБЛЕМИ КО-ІНФЕКЦІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ НА ЛЬВІВщині

За оцінками експертів ВООЗ, ВІЛ-інфекція і туберкульоз сьогодні є найбільшими пандеміями інфекційних захворювань у світі. Проблема туберкульозу та ВІЛ/СНІДу для мешканців України також набула загрозливого характеру. Показник захворюваності на ВІЛ/СНІД збільшився в 3,5 рази, порівняно з 2000 роком, і смертність внаслідок СНІДу зросла від поодиноких випадків до рівня 5,6 на 100 тис. населення у 2009 році.

На фоні збільшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб з кожним роком в Україні зростає кількість хворих із поєднаним захворюванням «туберкульоз і ВІЛ-інфекція», збільшується і смертність від поєднаного захворювання. Питома вага померлих від туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих у 2009 році становила 74,3%.

Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській області має ті ж закономірності, що й в цілому по Україні. За 2011 рік діагностовано ВІЛ-інфекція вперше був встановлений 493 особам (проти 479 осіб у 2010 р. і 462 осіб у 2009 р.), у тому числі вже в стадії СНІДу – 193 особам (проти 153 осіб у 2010 р. і 118 у 2009 р.). Якщо зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію відбулося лише на 2,8% (у 2010/2009 роках – на 3,7%), то зростання захворюваності на СНІД – на 20,73% (у 2010/2009 роках – на 23,3%). З 493 нових випадків ВІЛ-інфекції за 2011 рік у 193 осіб виявлено термінальну стадію (питома вага складає 39,14%) проти 31,9% у 2010 році, 25,5% у 2009 рік і відповідно 36,2% осіб у стадії СНІДу в 2008 році.

Найбільш поширеною СНІД-індикаторною інфекцією у хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД залишається СНІД-асоційований туберкульоз (як легеневий, так і позалеґеневий). Його частка в структурі СНІД-індикаторних хвороб не зменшується. З 193 осіб, зареєстрованих у 2011 році в стадії СНІДу, у 82 виявлено легеневий туберкульоз (42,5%) проти 34,0% у 2010 ро-

ці та 61,9% у 2009 році; ще в 41 особі – позалеґеневий туберкульоз (21,2%) проти 26,1% у 2010 році та 23,7% у 2009 році. Таким чином, 63,7% випадків припадає на поєднану патологію (у 2010 р. – 60,1%, у 2009 р. – 85,6%). У 68,8% випадків причиною смерті хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД є захворювання на туберкульоз (як легеневий, так і позалеґеневий).

Висока смертність хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз обумовлена як тяжкістю перебігу туберкульозу на фоні ВІЛ-інфекції, так і несвочасним виявленням тяжких генералізованих форм. Однією з причин затримки діагностики туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД є атиповий перебіг туберкульозу та клінічні особливості асоційованого захворювання. На ранніх стадіях перебіг туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб мало відрізняється від ВІЛ-негативних осіб з переважним ураженням легень. На пізніх стадіях ВІЛ-інфекції туберкульоз у 50-70% випадків має позалеґеневу локалізацію і приєднується до СНІДу частіше тоді, коли рівень CD4 лімфоцитів знижується понад 200 клітин. На пізніх стадіях ВІЛ-

інфекції питома вага дисемінованого туберкульозу і туберкульозу внутрішньорудних лімфатичних вузлів становить 60-70%.

Труднощі своєчасної діагностики туберкульозу обумовлені ідентичною клінічною симптоматикою двох захворювань. Зазначене пов'язано з тим, що більша кількість хворих на туберкульоз, які інфіковані вірусом імунodefіциту людини, не знають про своє друге захворювання і намагаються отримати допомогу в звичайних закладах охорони здоров'я та не завжди досягають у цьому очікуваних результатів. Це пояснюється ще й браком знань у лікарів щодо ВІЛ-інфекції та порушенням виконання чинних «Клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим з імунними захворюваннями», коли мова йде про гарячку нестановленого етіології і де одним із перших є обстеження на ВІЛ.

Хоча питання організації виявлення туберкульозу та ВІЛ-інфекції серед населення України регламентовано нормативними документами Міністерства охорони здоров'я, проте існуюча організація виявлення туберкульозу серед ВІЛ-позитивного контингенту населен-

ня не відрізняється від виявлення туберкульозу серед загальної популяції населення.

Відповідно до концепції Національної програми боротьби з туберкульозом, діагностика цього захворювання в Україні здійснюється у два етапи: виявлення захворювання та встановлення діагнозу. Виявлення туберкульозу проводиться в лікувальних закладах загальної медичної мережі, містять у собі вивчення скарж, анамнезу пацієнта, фізичне обстеження, мікроскопічне дослідження мазків харкотиння на кислотостійкі палички, а також доступне лікувальному закладу рентгенологічне обстеження органів грудної порожнини.

Однак, враховуючи високу частоту позалеґеневих форм туберкульозу у хворих на СНІД та атиповий перебіг туберкульозу легень (рідке виділення мікобактерій туберкульозу), згадані заходи з виявлення туберкульозу повинні бути доповнені низкою додаткових обстежень.

Активне виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД проводять при реєстрації нового випадку ВІЛ-інфекції та при профілактичних оглядах пацієнтів даного контингенту у центрах СНІДу та у закладах загальної медичної мережі.

(Продовження  
у наступному номері)

**Л. РАК,**  
**Н. ХОП'ЯК,**  
працівники Львівського регіонального фізйопульмонологічного клінічного лікувально-діагностичного центру;

**М. СЛУЖИНСЬКА,**  
головний лікар Львівського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом.

## МИСТЕЦТВО ПРОТИ СНІДУ

Конкурс «Мода-2000 анти-СНІД» у рамках програми «ART анти-СНІД» зібрав понад 150 проєктів художників-модельєрів. Свої ескізи представили дизайнери зі Львова, Харкова, Києва, Хмельницького, Кременчука, Симферополя, а також гості з Польщі, Литви, Росії, Молдови, Австралії, США та Канади. Кожна колекція складалася з 3 моделей одягу у стилі «арт-мода». Під час роботи VIII Міжнародної виставки ГалМЕД відбувся гала-показ та нагородження переможців.



## ВІЛ – НЕ ПЕРЕШКОДА ДЛЯ ЗДОРОВОГО ПОТОМСТВА

За темпами розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу Україна – один із лідерів у Східно-Європейському регіоні разом з Естонією та Російською Федерацією.

У світі понад 34 мільйони осіб живуть з ВІЛ, із них кількість ВІЛ-інфікованих у Східно-Європейському регіоні становить більше 1 мільйона. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні розвивається. За понад 20 років, упродовж яких поширення ВІЛ-інфекції в Україні різко зростає, одиничні випадки хвороби переросли у повномасштабну епідемію. Основними шляхами передачі ВІЛ є парентеральний (через кров при вживанні ін'єкційних наркотиків), статевий (через незахищені статеві контакти без використання бар'єрних методів контрацепції) та вертикальний – від матері до дитини (під час вагітності, пологів та грудного вигодовування).

Частота випадків статевого шляху передачі серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за останні роки зростає від 22% у 2005 році до 35,3% у 2011 році. Жінки набагато частіше інфікуються статевим шляхом, ніж чоловіки. Це зумовлює виникнення проблеми, пов'язаної із впливом ВІЛ на репродуктивне здоров'я жінок та народження ними дітей.

Жінки мають значно вищий рівень зараження ВІЛ-інфекцією, ніж чоловіки. За даними А.М. Downs, I. De Vincenzi (1996), R.A. Royce і співавторів (1997), частота передачі ВІЛ від чоловіка до жінки у 2–3 рази вища, ніж від жінки до чоловіка, а за іншими джерелами, цей ризик може бути вищим навіть у 20 разів! Інфікуванню жінок сприяє більша уразливість до ВІЛ-інфекції, пов'язана з анатомічними та фізіологічними особливостями будови їх статевої системи, ранній початок статевого життя, коли більш вірогідно є ймовірність травматизації незрілих статевих органів, небажання чоловіків користуватися презервативами, наявність запальних захворювань жіночих статевих органів.

При відсутності важкого імунodefіциту і опортуністичних інфекцій, ВІЛ-інфекція не впливає на репродуктивну функцію жінок, хоча вона стає нижчою, ніж у загальній популяції. У більшості жінок, які живуть із ВІЛ, менструації регулярні, щомісяця відбувається овуляція. При зниженні імунітету (рівень CD4 клітин нижче 50 в 1 мм<sup>3</sup>), а також при недостатньому харчуванні та зловживанні алкоголем можливі порушення менструального циклу і аменорея. Наркотики, в тому числі метадон і психотропні препарати, також можуть викликати порушення менструального циклу у ВІЛ-інфікованих жінок, що, як правило, зумовлено не самою ВІЛ-інфекцією,

а її ускладненнями (такими, наприклад, як втрата маси тіла і психологічний стрес). Вплив антиретровірусної терапії на фертильність жінок, які живуть з ВІЛ, не досліджувалась. При ВІЛ-інфекції у 3–8 разів зростає ризик розвитку злоякісних новоутворів на шийці матки, що зумовлює необхідність регулярного проведення цитологічного дослідження шийки матки для виключення цієї патології. Також у ВІЛ-інфікованих жінок досить поширеними є інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ). Вони часто передаються разом із ВІЛ, для них характерні загальний шлях передачі та єдині методи профілактики. Наявність ПСПШ у ВІЛ-інфікованої особи збільшує ризик передачі ВІЛ партнеру в 10 разів. Водночас, згідно повідомлень низки дослідників, наявність ПСПШ у ВІЛ-негативної особи збільшує ризик її інфікування від ВІЛ-позитивного партнера у 10 разів.

Рівень поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних, за результатами первинного тестування (код 109.1), у 2011 році в середньому по Україні становив 0,47%. При аналізі регіональних показників відзначено, що цей показник у 2011 році коливався в значних межах – від 0,02% у Закарпатській області до 1,08% у Дніпропетровській області.

До питання планування вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок треба підходити відповідально. Лікар повинен провести консультацію щодо можливих ризиків інфікування дитини під час вагітності, пологів і грудного вигодовування, а також щодо прийняття необхідних запобіжних заходів (прийом за схемою антиретровірусних препаратів, починаючи від 24 тижня вагітності; вибір оптимального методу розродження відповідно до показників вірусного навантаження; штучне вигодовування; схема профілактики інфікування у новонародженої дитини тривалістю 7 або 28 днів, залежно від початку прийому антиретровірусних препаратів матер'ю під час вагітності).

Якщо раніше ВІЛ-позитивні жінки частіше не планували вагітність у зв'язку з підвищеним ризиком інфікування дитини, то тепер вони можуть безпечно реалізувати свою репродуктивну функцію завдяки значним успіхам у попередженні вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини. Зокрема, якщо у 2008 році серед ВІЛ-позитивних вагітних жінок, які стали на облік у зв'язку з вагітністю у Львівському обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом і на-

родили дітей, лише 4 (2,7%) знали про свій ВІЛ-позитивний статус до вагітності, то вже у 2009, 2010 та 2011 роках таких жінок було відповідно 18 (23,4%), 26 (32,1%) та 33 (40,2%) відповідно. Також зростає кількість повторних пологів у ВІЛ-інфікованих жінок.

За період впровадження програми попередження передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) в Україні від 2001 року вдалося майже в 6 разів знизити показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини – з 27,8% у 2001 році до 4,7% у 2009 році (за даними Інформаційного бюлетня «ВІЛ-інфекція в Україні», №37, 2011 рік).

Показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД) розраховується з кількості живонароджених дітей одного календарного року, яким виповнилося 18 місяців, оскільки до цього часу материнські антитіла до ВІЛ циркулюють в крові дитини. Тому, відповідно, у 2011 році проводиться розрахунок ЧПМД серед дітей, народжених у 2009 році. Діти, в яких діагноз «ВІЛ-інфекція» залишився у стадії підтвердження, не враховуються для обчислення показника ЧПМД. Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у Львівській області за 2009 рік становив 1,4%, що є втричі нижчим, ніж середній показник по Україні за цей рік (4,7%). Велика заслуга в цьому також належить тісній співпраці Львівського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом з ВІЛ-сервісними неурядовими організаціями, у тому числі з Благодійним фондом «САЛЮС». За підтримки Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» спільно реалізується проєкт «Крокуємо у майбутнє – медико-соціальний та психологічний супровід ВІЛ-позитивних вагітних, породіль і дітей, уражених епідемією ВІЛ/СНІДу», у рамках якого проводяться інформаційні заняття щодо прийняття ВІЛ-статусу вагітними жінками і формування високої прихильності до антиретровірусної терапії.

Зростання частоти випадків статевого шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дитородного віку спричинило поступове збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, частка яких у 2011 році в Україні складала 19%. Незважаючи на те, що ці новонароджені спочатку мають позитивний результат на антитіла до ВІЛ за рахунок материнських антитіл, більшість із них є ВІЛ-негативними. Дітей, чий позитивний ВІЛ-статус не підтверджується у віці 18 місяців і старше, потрібно знімати з диспансерного обліку.

Важливими чинниками, що вплинули на зниження частоти передачі ВІЛ від матері

до дитини, в Україні, зокрема у Львівській області, є:

1. Впровадження профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини від 24 тижнів, (а по показах – ще швидше) трьома антиретровірусними препаратами (відповідно до наказу МОЗ України №716 від 14.11.2007 р. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини») замість попередньої схеми – прийом одного препарату від 28 тижнів (відповідно до наказу МОЗ України №582 від 15.12.2003 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»).

2. Розширення показів до розродження шляхом елективного кесарського розтину. На теперішній час, відповідно до наказу МОЗ України №551 від 12.07.2010 р. «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків», п. 12.3.1. щодо особливостей медичного спостереження ВІЛ-інфікованих жінок під час вагітності, плановий селективний кесарський розтин на 38–39 тижні показаний усім ВІЛ-позитивним вагітним, за винятком випадків, коли вірусне навантаження ВІЛ менше 50 копій/мл – на 34–36 тижнів вагітності. А до 2010 року даний метод розродження, відповідно до наказу МОЗ України №716 від 14.11.2007 р. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги (Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини)», використовувався лише при рівні вірусного навантаження менше 1000 копій/мл.

3. Покращання можливостей діагностики у Львівській області. З 2010 року підтримуючи верифікаційні дослідження на ВІЛ та визначення рівня вірусного навантаження – кількості копій РНК ВІЛ в мл крові ВІЛ-інфікованої особи – проводить лабораторія Львівського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом.

Таким чином, проведення комплексу заходів щодо попередження передачі ВІЛ від матері до дитини (прийом антиретровірусних препаратів від 24 тижнів вагітності, вибір методу розродження відповідно до показників вірусного навантаження, штучне вигодовування та прийом антиретровірусних препаратів новонародженою дитиною) у наш час дозволяє ВІЛ-інфікованій жінці народити здорового дитину. Тому можна впевнено сказати, що ВІЛ – не перешкода для здорового потомства.

**М. СЛУЖИНСЬКА,  
Л. ОСТАП'ЮК,  
І. ЧАЙКА,**

**Львівський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом**

### • Вісті УЛТ у Львові

## В ГОСТИНОЮ В ДОМІВЦІ ВЕЛИКОЇ СОЛОМІЇ

Приємною особливістю чергового засідання Лікарського клубу імені Юрія Липи 23 квітня ц.р. було те, що воно проходило в приміщенні меморіального музею геніальної української співачки Соломії Крушельницької. Численні гості, які вшанували залу музею, змогли насолодитися звучанням унікальних записів неперевершеного голосу співачки, який у її помешканні звучав по-особливому.

Відаючи шану примадонні світової опери, з невеликим концертом виступили студенти Львівської державної музичної Академії імені Миколи Лисенка. Скрипковий тріо у складі Лесі Зарубайко, Лілії Бриль та Марти Савків майстерно виконало славнозвісну «Мелодію» Мирослава Скорика та одну з улюблених пісень Соломії Крушельницької «Зоре моя вечірняя». Інструментальний квартет (О. Довгань, І. Паламар, Г. Слобода, Г. Чепак) подарував присутнім чудову серенаду Д. Міллера. Про те, що класичний спів в Україні є багатий на обдаровані юні таланти, засвідчили бурхливі оплески слухачів після виступу вихованців професора ЛДМА М. Гергеї Дмитра Кальмучина та Христини Лавовської, які виконали дует Церліни та Дон Жуана з опери В. А. Моцарта «Дон Жуан» та «Non ti scordar di me» Куртіса (концертмейстер – Галина Слобода).

Своїми спогадами та роздумами про Соломію Крушельницьку поділився доктор мистецтвознавства, професор Володимир Антонович Овсійчук. Для присутніх, які знають його як одного з найвідоміших українських мистецтвознавців, було несподіванкою повідомити про те, що у 40-х роках він деякий час був учнем великої співачки. В його надзвичайно цікавій розповіді йшлося про феномен Соломії Крушельницької, про окремі мало відомі широким загалом факти її особистого життя і творчої діяльності, якою захоплювався світ, про її оточення, вшанування пам'яті про неї в Італії та про багато-багато інших сторінок її життєвого шляху, який був щедро встелений лавровими вінками та колючим терням.

Від імені присутніх доктор Рогніда Сендєцька висловила глибоку вдячність професорові Володимирові Овсійчуку та подарувала сувеніри, присвячені 100-літньому ювілею УЛТ. Заслугують широкі подяки ведуча вечора пані Галина Слобода та його ініціатор – член Головної управи товариства д-р Юліанна Гузь.

**Зеновій МАСНИЙ.  
Фото автора**



## СВІТОВА ФЕДЕРАЦІЯ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ

Запрошуємо Вас та Ваших співробітників взяти участь у роботі XIV Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ), який відбудеться 04–06 жовтня 2012 року в місті Донецьку на базі Донецького Національного медичного університету імені Максима Горького та за підтримки Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання

## ФОРМА ЗГОЛОШЕННЯ

Прізвище учасника (делегата)	
Ім'я (по батькові)	
Лікарська спеціальність	
Місце Праці	
Посада	
Науковий ступінь, звання	
Адреса для листування (обов'язково вказати поштовий індекс)	
Контактний телефон (бажано мобільний)	
Факс	
Електронна пошта (!!!обов'язково!!!)	
Інтернет-сторінка	

  

Участь у церемонії відкриття	так	ні
Участь у наукових засіданнях	так	ні
Участь у товариській вечері	так	ні
Виглошення усної доповіді (якщо так, то вказати назву доповіді відповідно до публікації тез для включення її до Програми Конгресу)	так	ні
Замовлення готелю	так	ні

(потрібне округлити)

Зголошення заповнюється та висилається до 03 червня 2012 року разом із тезами або окремо на адресу: Олег Мусій, XIV Конгрес СФУЛТ, а/с 13, м. Київ-22, 03022, Україна; для іноземців: Dr. Oleh Musij, PO Box 13, Kyiv – 22, 03022, Ukraina.

Ректорат Львівського національного університету імені Івана Франка висловив подяку членам Лікарської комісії НТШ професору Яремі Томашевському, доценту Зеновії Служинській та соціальному працівнику Львівського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом Світлані Сайко за участь у проведенні «Тижня здоров'я», зокрема, за пізнавальні та поєднані лекції для студентів. У подяці висловлено сподівання на те, «що це лише початок співпраці, і в майбутньому ви ще не раз допоможете у справі пропаганди серед молоді здорового способу життя».

## МИСТЕЦТВО ПРОТИ СНІДУ

У грудні 2010 року відбувся конкурс ескізів поштових листівок тематики «антиСНІД». Учасники конкурсу подавали окремі роботи або серії, об'єднані одним задумом чи дизайном. У конкурсі взяли участь 200 учасників із Чернівецької, Волинської, Тернопільської, Хмельницької, Чернігівської, Житомирської, Кіровоградської, Івано-Франківської, Львівської областей, Автономної республіки Крим, міста Києва.



## Український лікарю!

Читай свою газету «Народне здоров'я», пиши до неї, передплатуй її!

Передплатний індекс – 30053

## НАШ АНОНС

- РАК: переможці та жертви
- Наномедицина
- ВІЛ/СНІД – продовження теми

ф. СП-1

		<b>АБОНЕМЕНТ</b> газету <b>«Народне здоров'я»</b> № <b>30053</b> журнал (індекс видання)	
(найменування видання)		Кількість комплектів	
на 2012 рік по місяцях			
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
Куди:		(адреса)	
(поштовий індекс)			
Кому: _____ (прізвище, ініціали)			
<b>ДОСТАВНА КАРТКА-ДУРУЧЕННЯ</b> газету <b>«Народне здоров'я»</b> № <b>30053</b> журнал (індекс видання)			
ПВ місце літер		(найменування видання)	
Вартість		Кількість комплектів	
передплати _____ грн _____ коп.		передплати _____ грн _____ коп.	
перерахування _____ грн _____ коп.		перерахування _____ грн _____ коп.	
на 2012 рік по місяцях			
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
поштовий індекс		місто _____	
код вулиці		село _____	
		область _____	
		район _____	
		вулиця _____	
буд.	корп.	кв.	Прізвище, ініціали _____

## НАРОДНЕ ЗДОРОВ'Я

Реєстраційне свідоцтво КВ № 529  
Передплатний індекс 30053

**Засновники та видавці:**  
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького (ректор – д. ф. н., проф. акад. АН ВО України **Борис ЗІМЕНКОВСЬКИЙ**)

Українське лікарське товариство у Львові (голова – доц. **Андрій БАЗИЛЕВИЧ**)

**Редакція часописів «Alma Mater» і «Народне здоров'я»** при відділі гуманітарної освіти і виховання (керівник відділу – проф. **Анатолій Магльованій**)

**ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР**  
доцент **Зеновія МАСНИЙ**

**РЕДАКЦІЙНА РАДА:**  
доцент **Анна ГАВРИЛЮК**  
літературний редактор – **Алла СИНИЦЯ**  
технічний редактор – **Михайло ЯРЕМЧИШИН**  
Комп'ютерне верстання – доцент **Роман ІВАХ**

**Адреса для кореспонденції:**  
79010 м. Львів, вул. Кармелюка, 3  
Управа УЛТ у Львові, тел.: (032) 276-97-98  
Інтернет-адреса УЛТ: www.ult.lviv.ua  
e-mail: uprava@ult.lviv.ua

Тел./факс редакції: (032) 275-58-75  
e-mail: almater@ukr.net

- Редакція зберігає за собою право скорочення і редагування тексту
- Відповідальність за достеменність інформації несе автор
- Публікації можуть містити думки, що не збігаються з позицією редакції

Замовлення № 483

Підписано до друку 10.05.2012 р.

Віддруковано у друкарні ЛА «Піраміда»

(генеральний директор – **Василь ГУТКОВСЬКИЙ**)