

Особливості консультування та експрес-тестування на ВІЛ осіб, які постраждали від домашнього насильства



посібник для працівників
спеціалізованих служб підтримки

Авторський колектив:

Майстрок Г.П., лікар, Голова правління Благодійного Фонду «Здоров'я жінки і планування сім'ї», Міжнародна федерація планування сім'ї (IPPF)

Велигодський С. В., майстер-тренер з добровільного консультування та тестування на ВІЛ вразливих груп населення, експерт-консультант з питань розбудови муніципальної системи запобігання та протидії домашньому насильству.

Експертна підтримка:

Слободян Т.С., координаторка програм БФ «Здоров'я жінки і планування сім'ї», Міжнародна федерація планування сім'ї (IPPF)

Горяча Т.К., спеціалістка з моніторингу та оцінки, міжнародна мережа жіночих фондів Проспера, Міжнародна Асоціація з громадського здоров'я (США)

Особливості консультування та експрес-тестування на ВІЛ осіб, які постраждали від домашнього насильства: : посібник для працівників спеціалізованих служб підтримки. Видання друге.

Майстрок Г.П., Велигодський С.В. – БФ «Здоров'я жінки і планування сім'ї», Київ, 2023.

Посібник створений для фахівців та фахівчинь спеціалізованих служб підтримки осіб, постраждалих від насильства – притулків, денних центрів, кризових кімнат, мобільних бригад соціально-психологічної допомоги. У Посібнику у форматі відповідей на найбільш поширені запитання викладена важлива інформація про зв'язок домашнього насильства із проблемою ВІЛ-інфекції/СНІДу, що допоможе фаховій спільноті набути знань та вмінь щодо проведення ефективного консультування і тестування на ВІЛ осіб, які постраждали від домашнього насильства.

Посібник буде корисним під час впровадження проєктів та програм із запобігання та протидії домашньому насильству, та реалізації програм із профілактики ВІЛ-інфекції.

Публікація розроблена в рамках проєкту, що впроваджується БФ «Здоров'я жінки і планування сім'ї» та фінансується UNFPA, Фондом ООН у галузі народонаселення, UBRAF та Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Ukraine, в межах програми співробітництва UNFPA з Україною на 2018-2022 роки.

© Г.П.Майстрок, С.В.Велигодський

ЗМІСТ

Перелік скорочень	6
Передмова	7
1. Насильство та ВІЛ-інфекція	
• В яких законодавчих актах висвітлені поняття «домашнє насильство» та «насильство за ознакою статі»?	9
• Що означає термін «насильство за ознакою статі»?	9
• Що означає термін «домашнє насильство»?	9
• Які існують форми домашнього насильства?	9
• Наскільки розповсюдженим є домашнє насильство і насильство за ознакою статі в Україні?	10
• Яка поширеність ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні?	11
• У чому полягає зв'язок між насильством та ураженістю до ВІЛ?	12
• Постраждали від якого виду насильства найбільш уразливі до ВІЛ?	13
• Як надавачі послуг можуть допомогти потерпілим від насильства в контексті ВІЛ?	13
• На базі яких спеціалізованих служб підтримки постраждалих осіб можна здійснювати заходи з профілактики ВІЛ?	14
• Які послуги з профілактики ВІЛ можуть отримати постраждалі від насильства в спеціалізованих службах підтримки?	14
2. Знання та вміння ефективного консультанта з проведення ДКТ для осіб, які постраждали від домашнього насильства	
2.1. Специфічні особливості ВІЛ-інфекції	16
• Що таке ВІЛ/СНІД?	16
• В чому відмінність між поняттями «ВІЛ» і «СНІД»?	16
• ВІЛ-інфекція/СНІД: коли і хто відкрив?	16
• Які етапи розвитку епідемії ВІЛ в Україні?	17
• Що відбувається після інфікування ВІЛ?	18
• Що таке період «вікна»?	19
• Коли розвивається СНІД?	19
• Які існують шляхи передачі ВІЛ?	20
• Чи є ризик інфікування при однократному контакті з джерелом ВІЛ?	20
• Які стадії ВІЛ-інфекції?	21
• Як запобігти інфікуванню?	22
• Що таке ПКП?	22
• Чи є ліки проти ВІЛ-інфекції? Що таке АРТ?	23
• Які групи населення є найбільш уразливими до інфікування ВІЛ?	24

• Чи може ВІЛ-позитивна жінка народити здорову дитину? Чи може народитися здоровою дитина від ВІЛ-позитивного чоловіка?	24
• Які є міфи щодо ВІЛ та СНІД?	25
• До яких наслідків може призвести епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу у світі при відсутності профілактики та своєчасного реагування?	25
2.2. Тестування на ВІЛ: методи та інтерпретація результатів	
• Чому важливе тестування на ВІЛ?	26
• В чому полягає стандартна процедура тестування?	26
• Які є методи лабораторної діагностики?	27
• Що означає ІФА та ІБ?	27
• Для чого використовується метод ПЛР?	27
• Що означають результати тестування?	27
• Чи може бути пов'язаний негативний результат тестування на ВІЛ з періодом «вікна»?	28
• Що означає невизначений результат?	28
• Які переваги та недоліки ІФА?	28
• Який алгоритм тестування на ВІЛ?	29
• Що таке швидкі тести?	30
• В чому переваги застосування експрес-тестування?	31
• Який вид швидкого тесту є найпопулярнішим?	31
2.3. Особливості консультування щодо ВІЛ осіб, які постраждали від насильства	
• Що таке ДКТ та які його основні принципи?	32
• Хто і де може проводити ДКТ?	32
• Які кроки слід вжити спеціалізованій службі підтримки для організації процесу ДКТ?	33
• Які специфічні особливості постраждалих від насильства слід враховувати при консультуванні?	33
• Яке значення має консультування й тестування на антитіла до ВІЛ у контексті отриманих результатів?	35
• В чому полягають особливості дотестового консультування як профілактики передачі ВІЛ?	35
• Які загальні особливості післятестового консультування як профілактики передачі ВІЛ?	37
• Який зміст післятестового консультування при негативному результаті?	38
• В чому особливості післятестового консультування при невизначеному результаті?	38
• Які особливості післятестового консультування при позитивному результаті?	39
2.4. Перенаправлення	
• Що означає перенаправлення і як його організувати?	41
• З чого складається цикл перенаправлення?	41
• Як організувати перенаправлення осіб, постраждалих від насильства?	42

• Що потрібно для того, щоб перенаправлення постраждалих було ефективним?	43
• В чому полягають особливості перенаправлення осіб, постраждалих від насильства з позитивним результатом тестування на ВІЛ?	43
• Які кроки слід здійснити спеціалізованим службам підтримки для налагодження перенаправлення до ЗОЗ в контексті ВІЛ?	45
Використані джерела	
Міжнародні документи	46
Законодавчі та нормативно-правові акти України	46
Література	47
Додатки	
Додаток 1. План-алгоритм передтестового консультування на ВІЛ.	50
Додаток 2. План-алгоритм післятестового консультування на ВІЛ при негативному результаті.	51
Додаток 3. План-алгоритм післятестового консультування на ВІЛ при позитивному результаті.	52
Додаток 4. Короткий зміст індивідуального передтестового консультування – рекомендації консультанту.	53
Додаток 5. Короткий зміст основних етапів післятестового консультування – рекомендації консультанту.	54
Додаток 6. Інструкція щодо застосування швидкого тесту для виявлення антитіл до ВІЛ _{1/2} у сліні.	56
Додаток 7. Контактні дані регіональних СНІД-центрів.	61

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунodefіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДКТ	добровільне консультування і тестування на ВІЛ
ДНК	дезоксирибонуклеїнова кислота, один із двох типів природних нуклеїнових кислот, що забезпечує зберігання, передачу з покоління в покоління і реалізацію генетичної програми розвитку й функціонування живих організмів
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІПСШ	інфекції, які передаються статевим шляхом
ЛВНІ	люди, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним способом
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
МБ	мобільні бригади соціально-психологічної допомоги постраждалим від домашнього насильства та насильства за ознакою статі
ПКП	постконтактна профілактика
ПКС	працівники комерційного сексу
ПТВ	послуги з тестування на ВІЛ
РНК	рибонуклеїнова кислота, одна з трьох основних макромолекул (дві інші - ДНК і білки), які містяться в клітинах всіх живих організмів і відіграють важливу роль в кодуванні, прочитанні, регуляції і відображенні генів
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
СНІД-центр	заклад, що надає спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу населенню з питань профілактики, діагностики та лікування ВІЛ/СНІДу
Т-клітини	лімфоцити, що відіграють центральну роль у здійсненні клітинної специфічної імунної відповіді
ЦГЗ	ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу
CDC	Центри контролю та профілактики захворювань, США
CD4+	Т-клітини імунної системи організму, кількість яких надає загальну інформацію про стан імунної системи людини

ПЕРЕДМОВА

Насильство є серйозною проблемою порушення прав людини в усьому світі. При цьому, результати окремих міжнародних досліджень вказують на підвищену уразливість осіб, постраждалих від насильства, до інфікування ВІЛ.

Близько 90% осіб, які потерпають від насильства, – жінки¹. В контексті інфікування ВІЛ статевим шляхом, саме жінки є фізіологічно більш уразливими, ніж чоловіки: ризик інфікування ВІЛ молодих жінок, які зазнали сексуального насильства, є вищим у 2 рази².

Однією з найбільш поширених і водночас прихованих форм насильства є таке, що застосовується щодо жінок з боку їх інтимних партнерів. Згідно з даними міжнародних досліджень³, від 10% до 50% жінок у всьому світі принаймні раз у житті зазнавали фізичного та сексуального насильства з боку інтимного партнера. Ці форми насильства нерідко відбуваються і у шлюбі.

Відсутність у жінок можливостей домовитися про безпечний секс, почуття сорому і, почасти, побоювання, що їх покинуть або виженуть з дому, осудять у громадї, – серйозна проблема, особливо для жінок, які не мають фінансово-економічних ресурсів.

За даними організації Human Rights Watch⁴, насильство в побуті є однією з основних причин фізичного травмування жінок.

Як наслідок, це явище насильства може призводити до появи проблем у сферах загального, репродуктивного та психічного здоров'я постраждалої особи. Зміни психологічного стану потерпілих обумовлює наявність бар'єрів у доступі до інформації з ВІЛ/СНІДу, відсутність мотивації до проходження тестування на ВІЛ, страх розкриття ВІЛ-статусу, та небажання отримувати відповідне лікування.

В той же час на п'ятому етапі розвитку епідемії ВІЛ-інфекції (2014 – 2019 рр.) захворюваність та смертність від СНІДу утримуються на найвищих за всю епідемію рівнях. При чому частка статевого шляху інфікування, який залишається основним, дуже повільно, але зростає – з 69,3% у 2014 р. до 74% у 2019 р.

До того ж, рівень стигматизації людей, які живуть з ВІЛ, в українському суспільстві й досі залишається високим, а фактор насильства стає додатковою перепорою до усвідомлення постраждалими необхідності звернутися по допомогу.

Вразливість до ВІЛ підсилює не тільки домашнє насильство. Збройні конфлікти, торгівля людьми, залучення жінок до комерційного сексу також супроводжуються зростанням випадків зґвалтування та сексуального насильства.

За оцінками міжнародних експертів, викорінення насильства потенційно може знизити ризик інфікування ВІЛ на 12%⁵.

Незважаючи на чіткий взаємозв'язок між насильством і вразливістю до інфікування ВІЛ/СНІДом та логічне обґрунтування того, чому до проєктів/програм профілактики ВІЛ/СНІДу необхідно включати

¹ 16 днів протидії гендерному насильству в Україні. ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЮЛЕТЕНЬ. – Київ. – 2015. С.6. Доступний за посиланням: http://un.org.ua/images/documents/3736/Factsheet_16%20Days_Ukr.pdf

² Посібник із комплексного гендерного підходу до протидії ВІЛ та СНІДу на робочому місці / Міжнародне бюро праці – Женева: МБП, 2011 р. С.19. Доступний за посиланням: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_235335.pdf

³ Addressing violence against women in HIV testing and counselling: Strategies and recommendations. Meeting Report, WHO, Geneva (2006). С2 Доступний за посиланням: https://www.who.int/gender/documents/VCT_addressing_violence.pdf

⁴ <https://www.hrw.org/>

⁵ Гендерные аспекты ВИЧ-инфекции в регионе Восточной Европы и Центральной Азии / М.Р.Болтаева, презентация, 2017. Ресурс доступний за посиланням: <https://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/vich/17/prez/5-A3-4.pdf>

активності щодо вирішення проблем насильства, лише деякі з цих програм займаються цим питанням. Це пояснюється наступними причинами:

- більшість проєктів/програм із профілактики ВІЛ мають вузьку спрямованість;
- взаємозв'язок між поширенням ВІЛ і насильством недостатньо добре розуміється спеціалістами;
- співробітники/ці установ та організацій, які працюють у проєктах/програмах з профілактики ВІЛ, не завжди володіють знаннями і навичками для протидії насильству;
- насильство розглядається як окремий зовнішній фактор, що не належить до сфери діяльності, пов'язаної із профілактикою ВІЛ.

Очевидною є необхідність інтегрувати заходи щодо запобігання ВІЛ-інфекції у сферу попередження насильства. Цьому сприяє стрімкий розвиток в Україні мережі спеціалізованих служб підтримки осіб, постраждалих від насильства. Саме такі заклади, установи, служби можуть стати базою для проведення роботи з профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, які зазнали (сексуального) насильства.

Забезпечення якісними послугами з консультування та тестування на ВІЛ осіб, постраждалих від насильства, які перебувають або звернулись до послуг денних центрів, кризових кімнат, мобільних бригад соціально-психологічної допомоги та інших спеціалізованих служб підтримки, є надзвичайно важливим. Надавачі соціальних послуг у цих закладах, маючи досвід роботи з постраждалими і розуміючи їх соціально-психологічні особливості, можуть стати надавачами послуг із профілактики ВІЛ.

Така робота сприятиме своєчасному виявленню захворювання та наданню постраждалим від насильства подальшого лікування, а також допоможе:

- розширити доказову базу щодо встановлення взаємозв'язку між насильством і проблемою поширення ВІЛ/СНІДу;
- поширювати цю інформацію у колі дослідників і практиків в обох сферах;
- включити профілактичні заходи у проєкти/програми, спрямовані як на запобігання ВІЛ/СНІДу, так і на попередження насильства.

Отже, важливо, щоб через забезпечення надання послуг з ДКТ спеціалізовані служби підтримки для осіб постраждалих від насильства будуть інтегровані у проєкти/програми з профілактики ВІЛ.

Водночас, здійснення заходів із профілактики ВІЛ у вигляді ефективного проведення ДКТ в рамках системи запобігання домашньому насильству допоможе досягти груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ.

Даний Посібник висвітлює інформацію, якою мають володіти співробітники спеціалізованих служб підтримки осіб, які постраждали від насильства – фахівці та фахівчині притулків, денних центрів, кризових кімнат, мобільних бригад соціально-психологічної допомоги та інших подібних закладів, – для підготовки та проведення консультування та тестування на ВІЛ. За допомогою відповідей на найбільш поширені запитання, Посібник слугує орієнтиром у масиві важливої інформації про зв'язок домашнього насильства із проблемою ВІЛ-інфекції/СНІДу, та допоможе набути знань та вмінь щодо проведення ефективного консультування і тестування на ВІЛ осіб, які постраждали від домашнього насильства.

Посібник також буде корисний як під час впровадження проєктів та із запобігання та протидії домашньому насильству, так і реалізації програм з профілактики ВІЛ-інфекції.

Публікація розроблена в рамках проєкту, що впроваджується Благодійним Фондом «Здоров'я жінки і планування сім'ї» та фінансується UNFPA, Фондом ООН у галузі народонаселення, UBRAF та Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Ukraine, в межах програми співробітництва UNFPA з Україною на 2018-2022 роки.

1. НАСИЛЬСТВО ТА ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ

В яких законодавчих актах висвітлені поняття «домашнє насильство» та «наси́льство за ознакою статі»?

Закони України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» та «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» визначають організаційно-правові засади запобігання та протидії домашньому насильству та насильству за ознакою статі, основні напрями реалізації державної політики у сфері запобігання й протидії домашньому насильству та насильству за ознакою статі, спрямовані на захист прав та інтересів осіб, які постраждали від такого насильства.

Що означає термін «наси́льство за ознакою статі»?

Насильство за ознакою статі – діяння (дії або бездіяльність), спрямовані проти осіб через їхню стать, або поширені в суспільстві звичаї чи традиції (стереотипні уявлення про соціальні функції жінок і чоловіків (становище, обов’язки тощо), або діяння, що стосуються переважно осіб певної статі чи зачіпають їх непропорційно, які завдають фізичної, сексуальної, психологічної або економічної шкоди чи страждань, включаючи погрози таких дій, у публічному або приватному житті.

Що означає термін «домашнє насильство»?

Домашнє насильство – діяння (дії або бездіяльність) фізичного, сексуального, психологічного або економічного насильства, що вчиняються в сім’ї чи в межах місця проживання або між родичами, або між колишнім чи теперішнім подружжям, або між іншими особами, які спільно проживають (проживали) однією сім’єю, але не перебувають (не перебували) у родинних відносинах чи у шлюбі між собою, незалежно від того, чи проживає (проживала) особа, яка вчинила домашнє насильство, у тому самому місці, що й постраждала особа, а також погрози вчинення таких діянь.

Які існують форми домашнього насильства?

У законодавстві України зазначені чотири форми домашнього насильства:

- економічне;
- психологічне;
- сексуальне;
- фізичне.

Економічне насильство – форма домашнього насильства, що включає: умисне позбавлення житла, їжі, одягу, іншого майна, коштів чи документів або можливості користуватися ними; залишення без догляду чи піклування, перешкоджання в отриманні необхідних послуг з лікування чи реабілітації, заборону працювати, примушування до праці, заборону навчатися та інші правопорушення економічного характеру.

Психологічне насильство – форма домашнього насильства, що включає словесні образи, погрози, у тому числі щодо третіх осіб, приниження, переслідування, залякування, інші діяння, спрямовані на обмеження волевиявлення особи, контроль у репродуктивній сфері, якщо такі дії або бездіяльність викликали у постраждалої особи:

1. побоювання за свою безпеку чи безпеку третіх осіб;
2. спричинили емоційну невпевненість, нездатність захистити себе;

3. або завдали шкоди психічному здоров'ю особи.

Для визнання якоїсь дії або бездіяльності психологічним насильством потрібно **обов'язково** встановити не тільки наявність самого діяння (словесні образи, погрози, приниження тощо), але й те, що вони викликали настання хоча б одного із вищеперерахованих шкідливих наслідків для психологічної сфери постраждалої особи.

Сексуальне насильство – форма домашнього насильства, що включає:

1. будь-які діяння сексуального характеру, вчинені стосовно повнолітньої особи без її згоди;
2. будь-які діяння сексуального характеру, вчинені стосовно дитини незалежно від її згоди, або в присутності дитини;
3. примушування до акту сексуального характеру з третьою особою;
4. а також інші правопорушення проти статевої свободи чи статевої недоторканості особи, у тому числі вчинені стосовно дитини або в її присутності.

Фізичне насильство – форма домашнього насильства, що включає: ляпаси, стусани, штовхання, щипання, шмагання, кусання, а також незаконне позбавлення волі, нанесення побоїв, мордування, заподіяння тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості, залишення в небезпеці, ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, заподіяння смерті, вчинення інших правопорушень насильницького характеру.

Наскільки розповсюдженим є домашнє насильство і насильство за ознакою статі в Україні?

За даними органів Національної поліції України із запобігання та протидії домашньому насильству⁶, в Україні щорічно реєструється більше 100 тисяч заяв та повідомлень про вчинені правопорушення та інші події, пов'язані з домашнім насильством, причому щорічно їх кількість значно зростає. Так, протягом 2018 року до органів поліції надійшло 115473 заяв та повідомлень, у 2019 році – 141814, у 2020 році – 208784. З їх числа: 182088 (87,2%) надійшли від осіб жіночої статі, від дітей (до 18 років) – 3443 (1,65%), в т.ч. дітей жіночої статі 2012 (1%).

На профілактичному обліку осіб, схильних до вчинення домашнього насильства (кривдників) станом на 1 січня 2021 р. перебуває 85285, з яких 75961 чоловіків (89,06%). Виявлено осіб, які вчинили кримінальні правопорушення – 2340, з яких 2185 чоловіків (93,38%).

Кількість кримінальних правопорушень, провадження за якими закінчені у період з 1 січня по 31 грудня 2020 року – 3319 випадків, зокрема щодо домашнього насильства – 1669, в т.ч.: фізичного – 380, психологічного – 1241, економічного – 26, насильства сексуального характеру: зґвалтування – 25, насильницького задоволення статевої пристрасті неприродним способом – 7, статевих зносин з особою, яка не досягла статевої зрілості – 2, розбещення неповнолітніх – 7.

Кількість осіб, які потерпіли від кримінальних правопорушень, пов'язаних із домашнім насильством – 3118, з них 2539 жінок (81,43%) та 49 дівчат (1,6%), в тому числі за наступними видами злочинів:

- тяжких та особливо тяжких – 198
- умисне вбивство – 75
- умисне тяжке тілесне ушкодження – 74
- умисне середньої тяжкості тілесне ушкодження – 60
- умисне легке тілесне ушкодження – 1048

⁶ Тут і далі – дані надані Національною поліцією України у травні 2021 року за запитом в рамках поточного співробітництва.

- побої і мордування – 133
- домашнє насильство – 1580, у тому числі фізичне 353, психологічне 1176, економічне 26
- погроза вбивством – 38
- зґвалтування – 24

Кількість виявлених адміністративних правопорушень за напрямками (формами) є наступні: вчинення домашнього насильства – 130285, вчинення насильства за ознакою статі – 1680, невиконання термінового заборонного припису – 1716, неповідомлення про місце свого тимчасового перебування – 142. За характером насильства: фізичне – 11501, психологічне – 125731, економічне – 1225. Кількість осіб, які вчинили адміністративні правопорушення – 96257, учинили повторно – 12218.

Найуразливішими до насильства в Україні є жінки та дівчата, тому в контексті проблеми ВІЛ-інфікування постраждалих від насильства перш за все розглядатимемо саме цю категорію. Хоча серед таких груп ризику, як ЧСЧ, чоловіки-ЛВНІ, а також чоловіки-ув'язнені/звільнені з місць позбавлення волі фактор насильства у взаємозв'язку з ризиком інфікування ВІЛ теж має місце.

Яка поширеність ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні?

За офіційними даними, спостерігається суттєвий приріст вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у жінок зі статевим шляхом інфікування. Практично в усіх регіонах України є негативна тенденція і до збільшення випадків пізнього виявлення осіб з клінічними ознаками ВІЛ-інфекції (у III-IV стадіях) серед вагітних.

На початок 2020 року, за офіційними даними, в Україні мешкає 251168 людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), 169787 ЛЖВ залучені до медичного нагляду (зареєстровані), 136105 ВІЛ-позитивних осіб отримують антиретровірусну терапію.

У 2019 році діагноз ВІЛ-інфекції вперше у житті був встановлений 16405 особам (з них 16357 громадян України та 48 іноземців). У 2019 році загалом було обстежено 2,5 млн. осіб, що складало 6% від середньорічної чисельності населення. Кількість обстежень збільшилась на 5% відносно 2018 року і в середньому становила 6280 на 100 тис. населення.

Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2019 році становив 42,5 на 100 тис. населення. При цьому показник охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних людей у 2019 році досяг 82,6%. Серед вперше зареєстрованих осіб у 2019 році:

- більшість припадає на чоловіче населення: співвідношення чоловіків до жінок становить 6:4;
- переважна кількість осіб належить до вікової групи 25-49 років (78,7%); поступово зростає кількість та відсоток людей віком 50 років і старше (у 2019 році - 16,3%);
- у структурі шляхів передачі ВІЛ переважає статевий шлях: гетеросексуальний шлях передачі зареєстровано у 71% випадках, гомосексуальний - у 3%.

Показник захворюваності на СНІД у 2019 році становив 19,5 на 100 тис. населення, смертності від СНІДу – 7,7 на 100 тис. населення.

На початок 2020 року під медичним наглядом у ЗОЗ перебувало 136130 ВІЛ-позитивних осіб - 355,1 на 100 тис. населення.

У чому полягає зв'язок між насильством та ураженістю до ВІЛ?

⁷ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №51 / Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». – Київ., 2020. Ресурс доступний за посиланням: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_51_2020.pdf

Проблема поширення насильства є одним із факторів розповсюдження ВІЛ-інфекції. Це пов'язано як зі стигматизованим ставленням суспільства до обидвох проблем, так і з прямою залежністю ризику інфікування ВІЛ у випадках вчинення насильства.

Цей взаємозв'язок можна відстежити у багатьох ситуаціях, які умовно можна розділити на декілька сфер⁸:

- *Фізіологічні чинники.* Фізичні травмування при побитті, незахищені статеві стосунки, зґвалтування несуть за собою загрозу прямого контакту з інфікованою кров'ю або іншими біологічними рідинами організму людини, що скоює насильство.
- *Соціальні чинники.* Часто постраждалі внаслідок насильства знаходяться у соціальній ізоляції через страх осуду з боку оточення або через ризик того, що травми можуть побачити інші, а це в свою чергу може призвести до отримання повторних травм від агресора. Тому ймовірність будь-яких кроків у напрямку отримання спеціальної соціально-медичної допомоги від профільних організацій в таких випадках знижується.
- *Психологічні чинники.* Зважаючи на психологічні особливості постраждалих від насильства, яким зазвичай притаманні низька самооцінка, відчуття страху, провини, у більшості випадків постраждалі не можуть адекватно відстоювати власну безпеку. Знаходячись у ситуаціях фізичного чи сексуального насильства, потерпілі особи не можуть критично оцінити ризики для власного здоров'я.
- *Економічні чинники.* В складних соціально-економічних умовах підвищується вразливість до того, що особи з груп ризику погоджуються працювати в більш ризикованих ситуаціях за менші гроші, що ще більше підвищує ризик насильства. Також збільшується кількість міграцій людей до великих міст, де знайти економічні ресурси можна швидше, але, оскільки часто вони не мають постійного місця проживання, є ризики потрапляння в ситуації трудової експлуатації та сексуального насильства.
- *Правові чинники.* Групи населення, які вважаються найбільш уразливими щодо інфікування ВІЛ (наприклад, ЛВНІ, ЧСЧ, ПКС, бездомні, ув'язнені) часто виявляються і найбільш уразливими до насильства. Крім того, вони часто піддаються звинуваченням й арештам за спроби захиститися. У багатьох країнах місця позбавлення волі самі по собі асоціюються з насильством і підвищеним ризиком інфікування ВІЛ. Аналогічним чином, там, де законодавство криміналізує певні види діяльності або поведінки, особи, проти яких спрямовані такі закони, часто піддаються високому ризику потерпіти від насильства.

Ці приклади демонструють низку можливих ситуацій, коли зростає вразливість людей до ВІЛ, проте всі ці ситуації є взаємопов'язаними. Насильство може також асоціюватися зі стигмою та дискримінацією стосовно людей, що живуть з ВІЛ, роблячи їх ще більш уразливими в усіх перерахованих випадках.

Саме тому в програмах з ВІЛ/СНІДу діяльність з протидії насильству може допомогти зниженню ризиків та вразливості до інфікування ВІЛ, так само, як і діяльність із запобігання ВІЛ-інфікуванню має включатися до програм із попередження насильства. Але існує й інша причина, яка пояснює, чому необхідно пам'ятати та брати до уваги проблему насильства: **в ситуаціях ризику виникнення насильства особі більш важливо уникнути цього насильства, ніж, наприклад, намагатися уникнути інфікування ВІЛ. В такому разі надання** допомоги постраждалим від насильства означає надання допомоги людям в боротьбі з найстрашнішою загрозою в їх житті. У свою чергу, втручання може допомогти їм у вирішенні й інших важливих питань, зокрема, в пошуку шляхів зниження уразливості до ВІЛ. Тому інтервенції з протидії насильству також сприятимуть створенню більш стабільних умов для покращення доступу людей до ефективних послуг у зв'язку з ВІЛ/СНІДом.

⁸ Секс-бизнес, насилие и ВИЧ. Пособие для сотрудников программ, предназначенных для работников коммерческого секса / Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине. – К., 2010. С.4 Доступний за посиланням: <https://www.belaid.net/uploads/docs/rks.pdf>

Постраждали від якого виду насильства найбільш уразливі до ВІЛ?

Сексуальне насильство збільшує ризик інфікування ВІЛ. Коротко- та довгострокові наслідки, до яких призводить сексуальне насильство можуть як фізично, так і психологічно виснажувати постраждалу особу, тим більше, якщо вона залишає такі факти у абсолютній таємниці.

Водночас особи, які звертаються по допомогу до спеціалізованих служб підтримки у зв'язку з іншими видами насильства, в процесі індивідуального супроводу часто розкривають правду і про сексуальне насильство. При цьому таке насильство могло бути скоєним у минулому, але стало причиною глибокої психологічної травми на все життя, і саме цей випадок насильства міг стати причиною ВІЛ-інфікування.

Соціальна стигма, яка стосується обох питань, часто спричинює ізоляцію та є обтяжливим фактором, що утримує потерпілих від розголошення та звернення за отриманням необхідних послуг. Серед постраждалих від різних видів насильства зустрічається немало осіб, інтимними партнерами яких є представники груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, тому ті, хто постраждав від насильства, є своєрідним «містком» до зазначених цільових груп.

Таким чином, з одного боку, особи, які постраждали від різних видів насильства, належать до групи підвищеної уразливості до ВІЛ, навіть якщо вони відразу не заявляють про те, що потерпають/потерпали від сексуального насильства. З іншого боку, інші види насильства, яке вчиняє партнер, приналежний до груп підвищеного ризику, є непрямими факторами, що роблять постраждалих від насильства більш уразливими до ВІЛ.

Як надавачі послуг можуть допомогти потерпілим від насильства в контексті ВІЛ?

В процесі надання послуг постраждалим від різних видів насильства слід допомогти особі у зменшенні її страху інфікуватися ВІЛ, та допомогти прийняти добровільне рішення про тестування. Для цього працівники спеціалізованих служб підтримки постраждалих від насильств, перш за все, повинні пройти навчання із надання консультативних послуг з до- та після-тестового консультування – власне, стати консультантами з ДКТ. Це передбачає оволодіння ними необхідною інформацією щодо певного кола питань про ВІЛ/СНІД, особливостей консультування й тестування. У поєднанні з навичками роботи з особами, постраждалими від насильства, це сприятиме залученню цієї групи ризику до програм профілактики ВІЛ, своєчасному виявленню ВІЛ-статусу, а отже, збереженню здоров'я і навіть життя постраждалих осіб, а також їх інтимних партнерів.

Такі консультанти мають періодично оновлювати свої знання щодо тенденцій у взаємозв'язках між проблемою насильства та ВІЛ, різних варіантів тестування, доступних у громаді, надійних агенцій та ресурсів, що можуть забезпечити надання додаткової інформації, підтримки, інших видів послуг, розвивати обізнаність та розуміння правових норм та етичних зобов'язань, тісно співпрацювати з медичними працівниками.

У свою чергу, спеціалізовані служби підтримки постраждалих, як заклади, установи чи спеціалізовані формування на підставі досвіду роботи у цьому напрямку, згодом можуть позиціонувати себе, як організації з ВІЛ-сервісними послугами, і в цій ролі - долучатися до розробки відповідних політик, в тому числі щодо консультування та тестування, проведення актуальних досліджень, забезпечення міждисциплінарних тренінгових навчань тощо.

На базі яких спеціалізованих служб підтримки постраждалих осіб можна здійснювати заходи з профілактики ВІЛ?

У чинному законодавстві визначені наступні спеціалізовані служби підтримки осіб, постраждалих від насильства:

- притулок для осіб, які постраждали від домашнього насильства та / або насильства за ознакою статі;
- мобільна бригада соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та / або насильства за ознакою статі (МБ);
- центр медико-соціальної реабілітації осіб, які постраждали від домашнього насильства та / або насильства за ознакою статі;
- кол-центр з питань запобігання та протидії домашньому насильству, насильству за ознакою статі та насильству стосовно дітей, його територіальні відділення (в тому числі міжрегіональні) в областях та м. Києві;
- денний центр соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та / або насильства за ознакою статі;
- спеціалізована служба первинного соціально-психологічного консультування осіб, які постраждали від домашнього насильства та / або насильства за ознакою статі;
- інші заклади та установи, призначені виключно для осіб, які постраждали від домашнього насильства та / або насильства за ознакою статі.

Всі спеціалізовані служби тою чи іншою мірою можуть бути базами для проведення заходів у контексті профілактики ВІЛ-інфекції. При цьому, з огляду на те, що стаціонарні умови безпечного перебування (притулки, кризові кімнати) на сьогодні в Україні передбачені лише для жінок (або жінок з дітьми), чоловіки, які постраждали від насильства, можуть скористатися послугами спеціалізованих служб, які працюють лише в денному режимі.

Які послуги з профілактики ВІЛ можуть отримати постраждалі від насильства в спеціалізованих службах підтримки?

Перевагою у спектрі послуг, які можуть отримати постраждалі від насильства у спеціалізованих службах підтримки є те, що отримувачі послуг матимуть можливість скористатися не лише послугами, які нормативно визначені для надання цими службами (зокрема, забезпечення перебування в умовах безпечного простору, психологічні, соціальні, юридичні послуги), а й тими, які стосуються профілактики ВІЛ. Мінімальним пакетом таких послуг тут є **інформування, дотестове консультування, тестування, післятестове консультування, перенаправлення**.

- Послуга з тематичного **інформування** надається з метою забезпечення постраждалих необхідною інформацією, доступу як до загальних знань про ВІЛ/СНІД, так і пов'язаних з ефективною профілактикою ризику щодо інфікування ВІЛ, в т.ч. шляхом розповсюдження інформаційно-освітніх матеріалів.
- Інформування слугує своєрідним «містком» до проведення **дотестового консультування**, в рамках якого, серед іншого, проводиться оцінка поведінкових ризиків, пов'язаних з веденням ризикованих сексуальних та, можливо, ін'єкційних практик; обговорюється план особистої безпеки та шляхів попередження передачі ВІЛ (за необхідності - щодо заходів зі зменшення шкоди, пов'язаної з вживанням психоактивних речовин (далі - ПАР); з питань замісної підтримувальної терапії, з профілактики передозувань ПАР та надання невідкладної допомоги); висвітлюються питання репродуктивного та сексуального здоров'я, попередження насильства; проводиться мотивація щодо проходження тестування на ВІЛ; роз'яснюються переваги раннього початку лікування та перебування під медичним наглядом в разі інфікування ВІЛ.
- У разі добровільної згоди постраждалої особи, надається послуга з **тестування** на ВІЛ, яка передбачає

асистоване тестування з використанням швидкого (експрес) тесту. За процедурою проведення це, власне, самотестування під наглядом: консультант навчає особу, як проводити тестування швидким тестом на ВІЛ, після чого особа самостійно під контролем консультанта проводить тест.

- **Консультування після проведення тестування**, зокрема, включає інтерпретацію результатів тесту; мотивацію осіб, які отримали позитивний результат, на їх залучення до медичного нагляду та/або направлення для підтвердження діагнозу та раннього початку лікування; формування прихильності до медичних послуг, мотивацію осіб, які отримали негативний результат, на дотримання заходів з профілактики ВІЛ та безпечних поведінкових практик; мотивацію з метою залучення до ПТВ сексуальних та ін'єкційних партнерів постраждалої особи, що звернулася.
- Надання інформації про інші заклади/установи та організації, які надають соціальні послуги, та **перенаправлення** отримувачів послуг до них із зазначенням місцезнаходження, контактних телефонів, переліку послуг та можливих форм їх надання. Інформування про доступні послуги неурядових організацій, видача безкоштовних довідкових матеріалів, в т.ч. із зазначенням відповідної контактної інформації.

У разі необхідності, викликаній проблемою ВІЛ, окремою послугою може стати представлення інтересів особи у державних органах, ведення переговорів від її імені та вчинення необхідних дій для розв'язання соціально-економічних та медичних проблем шляхом забезпечення кейс-менеджменту.

Альтернативно послугами, які можуть надаватися на базі спеціалізованих служб для постраждалих від насильства, можуть бути (перелік не є остаточним):

- видача презервативів та лубрикантів з метою формування в отримувачів послуг безпечної сексуальної поведінки та стримування поширення ВІЛ статевим шляхом; консультування щодо належного використання презервативів та зменшення ризиків передачі ВІЛ та інших ІПСШ;
- надання тестів на вагітність, гігієнічних наборів для жінок;
- надання гуманітарної допомоги та мотиваційних (у тому числі харчових) пакетів;
- надання послуг з тимчасового перебування дітям отримувачів;
- видача швидких (експрес) тестів для самостійного тестування на ВІЛ статевих партнерів – представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

Надання послуг здійснюється за умови усвідомленої згоди (усної чи письмової), добровільності та конфіденційності (а в окремих випадках – при збереженні анонімності), з урахуванням культурологічних, етнічних та релігійних особливостей осіб, які постраждали від насильства.

2. ЗНАННЯ ТА ВМІННЯ ЕФЕКТИВНОГО КОНСУЛЬТАНТА З ПРОВЕДЕННЯ ДКТ ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ДОМАШНЬОГО НАСІЛЬСТВА

2.1. Специфічні особливості ВІЛ-інфекції

Що таке ВІЛ/СНІД?

ВІЛ – це скорочена назва вірусу імунодефіциту людини, тобто вірусу, що вражає імунну систему. Руйнуючи імунну систему організму людини, цей вірус сприяє розвитку в ньому інших інфекційних захворювань, адже імунна система втрачає здатність захистити організм від хвороботворних мікроорганізмів. Особа, інфікована ВІЛ, з часом стає більш сприйнятливою навіть до таких мікроорганізмів, які для здорової людини не становлять жодної небезпеки. Людину, що інфікувалася ВІЛ, називають ВІЛ-інфікованою, або ВІЛ-позитивною, або ВІЛ-серопозитивною.

ВІЛ – це ретровірус, який має сферичну форму, ядро, і захисну оболонку, що забезпечує високу пристосованість для існування збудника ВІЛ-інфекції в організмі людини, поступово руйнуючи її імунну систему і з роками призводячи до захворювання на СНІД.

СНІД (синдром набутого імунодефіциту) – завершальна (термінальна) стадія ВІЛ-інфекції. Остаточне руйнування імунної системи відбувається саме на цьому етапі: організм втрачає здатність чинити опір не тільки зовнішнім інфекціям, а й так званим опортуністичним мікроорганізмам, які зазвичай не викликають захворювань у людей зі здоровою імунною системою.

Важливо правильно тлумачити термін СНІД:

С (Синдром) – це стійке поєднання, сукупність декількох ознак хвороби (симптомів),

Н (Набутий) – означає, що захворювання не вроджене, а розвинулося протягом життя,

ІД (Імунодефіцит) – недостатність імунної системи.

Таким чином, СНІД – це поєднання хвороб, викликаних недостатньою роботою імунної системи внаслідок ураження її ВІЛ.

У чому відмінність між поняттями «ВІЛ» і «СНІД»?

Неправильно вживати поняття «ВІЛ» і «СНІД» як синоніми, адже між ними є істотна відмінність. ВІЛ – це вірус, що руйнує імунну систему, тоді як СНІД – це комплекс захворювань, які розвиваються у ВІЛ-позитивної людини на тлі зниження її імунітету. І хоча ВІЛ є причиною СНІДу, хворі на СНІД помирають не від ВІЛ, а від опортуністичних (супутніх) інфекцій.

Некоректне використання цих двох термінів пов'язане з історією розвитку проблеми. Термін «СНІД» з'явився, коли ще не було інформації про вірусну природу хвороби, а ВІЛ-інфекцію виявляли пізніше або на термінальній стадії. Поняття «ВІЛ» було введено після виявлення та дослідження збудника інфекції, коли термін «СНІД» вже став загальноживим поняттям. Крім того, вважалося, що ВІЛ швидко і неухильно призводить до СНІДу, тож ці поняття ототожнювали. На сьогодні відсутні підстави для змішування цих термінів, і підмінювати одне іншим – неприпустимо.

ВІЛ-інфекція/СНІД: коли і хто відкрив?

Історія з виявленням та розповсюдженням ВІЛ-інфекції бере свій початок з 1981 року, коли Центри контролю та профілактики захворювань США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) повідомили

про появу звернень до лікувальних закладів Лос-Анджелеса чоловіків, які мали секс з чоловіками (ЧСЧ), серед яких було виявлено пневмоцистну пневмонію (5 осіб) та саркому Капоші (28 осіб).

В цей період масове виявлення подібних захворювань у ЧСЧ в інших містах США викликало зацікавленість епідеміологів, які припустили, що причиною симптомів є невідома інфекція, яка передається при одностатевих контактах між чоловіками, (тому що у 80-х роках переважна більшість випадків захворювання припадала на гомосексуалів).

Але невдовзі стало очевидним, що ця інфекція вражає не лише ЧСЧ: аналогічне захворювання спостерігалось серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) обох статей; серед хворих, яким переливали донорську кров; а також серед жінок, які мали статеві контакти з інфікованими чоловіками. У 1982 році з'явилося поняття «синдром набутого імунodefіциту», або СНІД (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS).

Французький вчений Люк Монтаньє та американський вірусолог Роберт Галло незалежно один від одного у 1983 і 1984 році відповідно виділили збудника нового захворювання із рідини лімфатичного вузла інфікованої людини.

Свою сучасну назву вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) отримав у 1986 році.

Які етапи розвитку епідемії ВІЛ в Україні?

Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції характеризується показником кількості нових випадків інфікування на рік. Якщо ж йдеться про кількість смертей на термінальній стадії ВІЛ-інфекції, то вживають поняття «епідемія СНІДу».

В Україні розвиток епідемії ВІЛ-інфекції умовно поділяють на п'ять основних етапів, які характеризуються кількісними та якісними параметрами епідемії, зокрема, інтенсивністю та найбільш поширеними шляхами передачі⁹:

1987-1994 рр. – **перший етап** розвитку епідемії ВІЛ-інфекції почався з моменту виявлення і реєстрації першого випадку ВІЛ-інфекції в країні у 1987 р. та відрізнявся повільним зростанням кількості хворих на ВІЛ-інфекцію – 30-40 осіб щорічно. При цьому, серед проведених 32,5 млн. тестувань на наявність антитіл до ВІЛ було виявлено лише 398 ВІЛ-інфікованих осіб, з них – 215 іноземців, переважно громадян країн Африки. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію залишався на низькому рівні – у межах 0,01-0,08 на 100 тис. населення. Основним шляхом інфікування був **статевий** (78,1% випадків).

1995-1998 рр. – **другий етап** розвитку епідемії, пов'язаний зі спалахом епідемії ВІЛ-інфекції серед ЛВНІ, що призвело до стрімкого зростання захворюваності – з 0,2 у 1995 році до 9,0 у 1998 році. (на 100 тис. населення). Частка ВІЛ-інфікованих ЛВНІ від загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції у 1998 р. складала 76,0%. Основним шляхом передачі виявився **парентеральний**.

1999-2007 рр. – **третій етап** розвитку епідемії ВІЛ-інфекції – подальше збільшення нових випадків інфікування ВІЛ, кількості хворих та померлих від СНІДу. У 2008 р. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Україні досяг 38,0, а захворюваності на СНІД – 9,8 на 100 тис. населення, смертності від СНІДу – 5,4 на 100 тис. населення. У даний період основним залишався **парентеральний** шлях передачі ВІЛ. Однак спостерігалось зростання частки **статевого** шляху передачі ВІЛ – з 22,7 до 38,4% та зростала частка дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками – з 9,0 до 19,4%. Згідно з кількісними критеріями ВООЗ та ЮНЕЙДС на третьому етапі епідемія ВІЛ-інфекції була в концентрованій стадії: поширеність ВІЛ

⁹ Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2019 року / Авторський колектив: Кузін Ігор, Рябенко Катерина, Грабовий Сергій, Марциновська Віолетта, Антоненко Жанна. Центр громадського здоров'я. – Київ, 2019. – 56 с. Ресурс доступний за посиланням: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Natsionalna%20otsinka%20sytuatsiyi%20z%20VIL_SNIDu%20v%20Ukraini%20na%20pochatok%202019.pdf

стабільно перевищувала 5%, як мінімум, в одній із уразливих груп населення.

2008-2013 рр. – під час **четвертого етапу** розвитку епідемії ВІЛ-інфекції відбулася зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ: питома вага **статевого** шляху передачі стала більшою, ніж парентерального, та склала у 2013 році 65,7% в структурі шляхів передачі ВІЛ (з урахуванням частоти передачі ВІЛ від матері до дитини).

2014-2019 рр. – на **п'ятому етапі** розвитку епідемії ВІЛ-інфекції захворюваність та смертність від СНІДу утримувалися на найвищих за всю епідемію рівнях. Цей період відрізнявся зростанням частки населення віком 50 років і старше в структурі вперше встановлених діагнозів ВІЛ-інфекції (з 11,2 % у 2014 р. до 14,8 % у 2018 р.). Частка **статевого** шляху інфікування, який залишається основним, повільно, але зростає (з 69,3 % у 2014 р. до 74 % у 2019 р.).

На цьому етапі **Україна й досі залишається в категорії країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції**. ЛВНІ є найбільш ураженою ВІЛ-інфекцією групою: з 2013 року рівень поширеності ВІЛ серед ЛВНІ практично не змінювався і складав від 20 до 23 %. До інших груп ризику, які останніми роками все сильніше вражає епідемія, належать працівники комерційного сексу (ПКС) і чоловіки, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ) – 5,2 % та 7,5% відповідно.

Що відбувається після інфікування ВІЛ?

Те, що людина інфікувалася вірусом, тобто стала ВІЛ-інфікованою, ще не означає, що у неї є СНІД. До того, як розвинеться СНІД, зазвичай проходить багато часу (в середньому 10-12 років). На початку людина може нічого не відчувати – при інфікуванні ВІЛ більшість людей не відчуває жодних симптомів. Іноді, через кілька тижнів після зараження може розвинути стан, дуже схожий за симптомами на грип (підвищена температура, поява висипань на шкірі, збільшенні лімфатичні вузли, пронос тощо). Підступність хвороби полягає в тому, що протягом довгих років після інфікування людина може відчувати себе здоровою. Це період прихованої (латентної) стадії захворювання.

Однак помилково вважати, що у цей час в організмі нічого не відбувається. Коли будь-який збудник, у тому числі ВІЛ, проникає в організм, імунна система формує імунну відповідь. Вона намагається знешкодити хвороботворний агент і знищити його. Для цього імунна система виробляє антитіла. Антитіла зв'язують збудник хвороби і допомагають знищити його. Крім того, спеціальні білі клітини крові (лімфоцити) також починають боротьбу з хвороботворним агентом. Але, на жаль, при боротьбі з ВІЛ всього цього стає недостатньо – імунна система не може знешкодити ВІЛ, в той час як ВІЛ поступово руйнує імунну систему шляхом знищення Т-клітин або CD4-клітин, які у організмі здорової людини ведуть боротьбу з інфекціями.

Простіше кажучи, вірус знищує Т-клітини, в наслідок чого імунна система людини з ВІЛ, за відсутності лікування, не в змозі боротися з іншими хворобами.

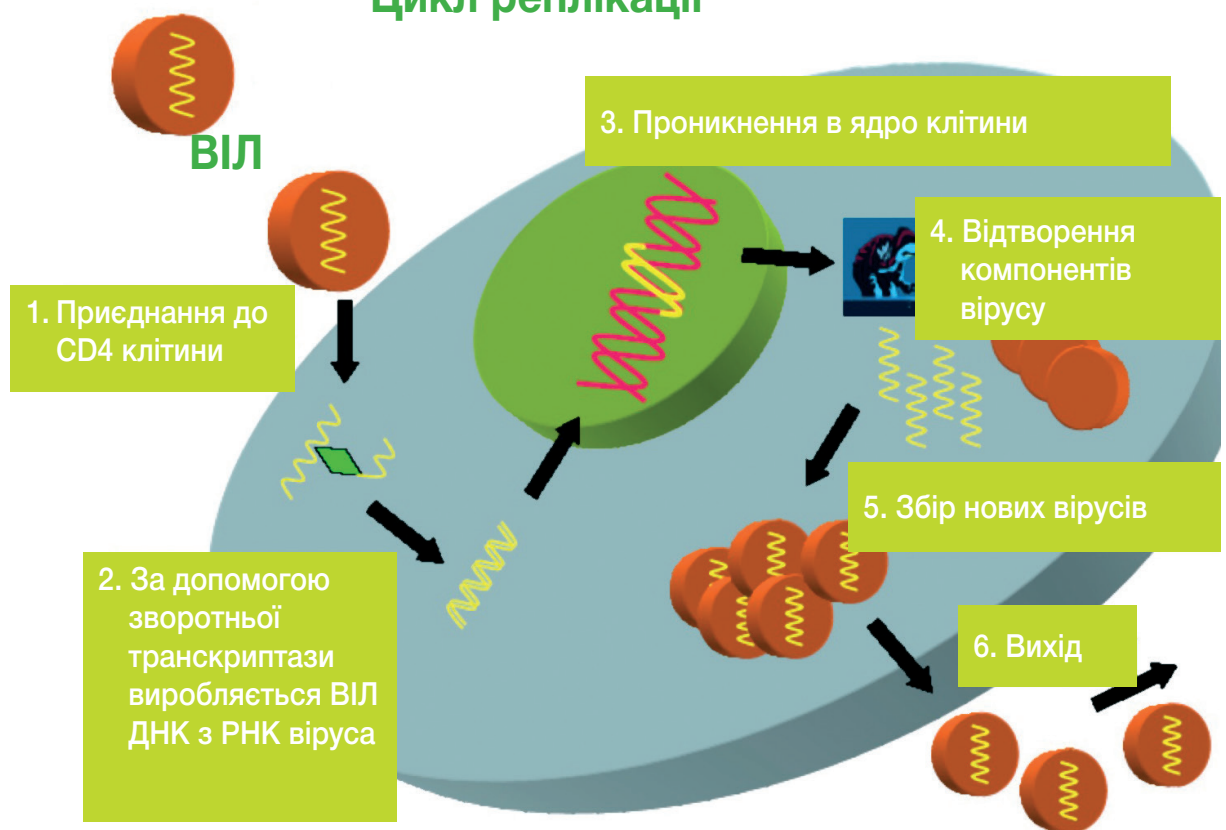
Щоб продовжувати свою життєдіяльність, ВІЛ, як усі хвороботворні віруси, повинен потрапити до клітини організму людини для реплікації (відтворення). Оболонка ВІЛ містить молекулу, яка допомагає вірусу приєднатись до рецепторів клітин імунної системи людини і проникнути в них. Під час проникнення та реплікації, РНК вірусу змінює структуру ДНК клітини-хазяїна.

Таким чином, особливостями ВІЛ є:

- висока вибірковість (вражає лише клітини імунної системи, які мають маркер CD4);
- велика схильність до мутацій (уникає контролю з боку організму);
- здатність до латенції (може зберігатися у організмі без розмноження).

Умови, необхідні для передачі вірусу:

Цикл реплікації



- присутність ВІЛ в організмі людини;
- достатня кількість вірусу у біологічній рідині, що виділяється;
- потрапляння ВІЛ у кров.

Стійкість вірусу у навколишньому середовищі:

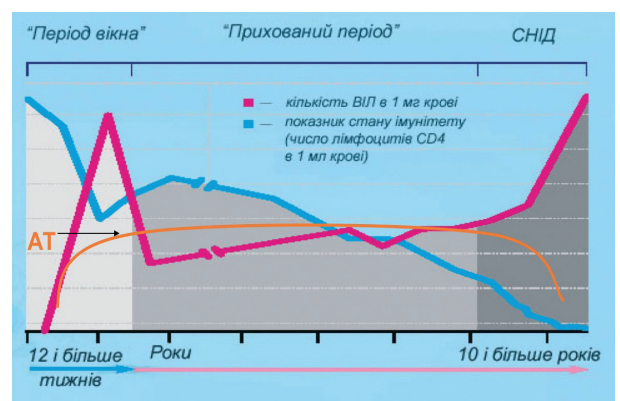
- При висушуванні клітинних культур вірус гине при $t = +23-27\text{ }^{\circ}\text{C}$ протягом 3-7 днів.
- В рідкому середовищі при температурі $+23-27\text{ }^{\circ}\text{C}$ – протягом 15 днів.
- В крові для переливання вірус може зберігатися роками, а в замороженій сироватці активність зберігається до 10 років.
- ВІЛ швидко гине при використанні дезінфікуючих засобів, УФ-випромінювання, а при нагріванні вище $+56\text{ }^{\circ}\text{C}$ втрачає активність через 30 хвилин.
- ВІЛ втрачає активність під дією захисних ферментів слини та поту.

Що таке період «вікна»?

Період «вікна» – це час, необхідний для накопичення в організмі людини достатньої кількості антитіл до ВІЛ, які можна ідентифікувати та визначити за допомогою лабораторних тестів (правдивість тестів, зроблених через 3 місяці після інфікування, складає 99%).

Коли і як розвивається СНІД?

Вірус поступово руйнує імунну систему, а тому знижується опір організму до інфекцій. У певний момент опірність організму стає настільки низькою, що у людини можуть розвинути такі інфекційні хвороби, якими здорові люди практично не хворіють або хворіють вкрай рідко. Ці хвороби називають



«опортуністичними».

Тож про появу СНІД говорять в тому випадку, коли у людини, інфікованої ВІЛ, з'являються симптоми та синдроми інфекційних захворювань, обумовлені неефективною роботою імунної системи, зруйнованою вірусом.

Які існують шляхи передачі ВІЛ?

ВІЛ міститься **виключно** у біологічних рідинах інфікованої людини. Концентрація вірусу, що є достатньою для інфікування, може міститись у крові (включаючи менструальну), спермі, вагінальних виділеннях, а також у материнському молоці. Іншим особам вірус може передаватися **лише у випадку потрапляння цих рідин від інфікованої людини до кровотоку неінфікованої**.

Таким чином, основними шляхами передачі ВІЛ є:

- Незахищений (тобто без використання презерватива) анальний, вагінальний або оральний секс.
- Контакт «кров–кров». Зазвичай, цим шляхом вірус передається під час спільного використання інструментарію (шприців) для ін'єкцій наркотиків, а також інструментів для пірсингу й татуювань. Дуже рідко до інфікування призводять професійні травми працівників охорони здоров'я (наприклад, унаслідок уколу голкою або порізу скальпелем). До того як запровадили обов'язкову перевірку донорів на ВІЛ, існувала вірогідність передачі вірусу під час переливання крові або її продуктів, а також через трансплантовані органи.
- Вертикальна трансмісія – передача вірусу від матері до дитини: відбувається під час вагітності, пологів або годування груддю, якщо ВІЛ міститься у біологічних рідинах матері (крові та молоці).

Чи є ризик інфікування при однократному контакті з джерелом ВІЛ?

В цілому ризик інфікування при однократному контакті з джерелом ВІЛ оцінюється як низький, проте він відрізняється в залежності від форми контакту.

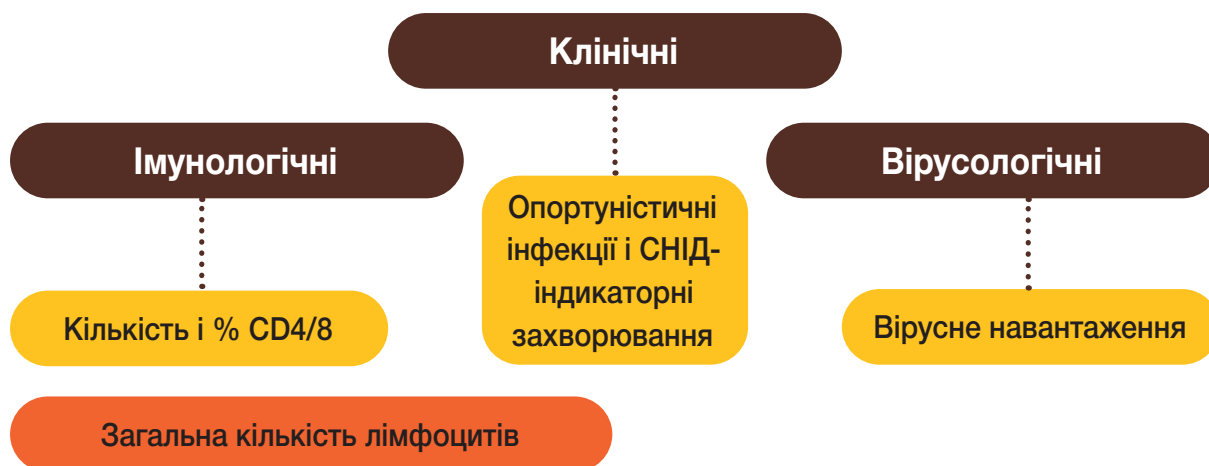
При різних типах однократного контакту з джерелом ВІЛ, розрахований (на 10 000 контактів) ризик інфікування ВІЛ (%) є наступним при таких формах¹⁰:

- Переливання крові – 92,5%
- Передача ВІЛ від матері до дитини – 15-30%
- Використання спільних голок та шприців для введення наркотиків – 0,8%
- Анальний статевий контакт: пасивний партнер – 0,5%
- Укол голкою крізь шкіру – 0,3%
- Контакт зі слизовою оболонкою – 0,1%
- Вагінальний статевий контакт: жінки – 0,01-0,15%
- Анальний статевий контакт: активний партнер – 0,065%
- Вагінальний статевий контакт: чоловіки – 0,05%
- Оральний статевий контакт: пасивний партнер – 0,01%
- Оральний статевий контакт: активний партнер – 0,005%.

Які стадії ВІЛ-інфекції?

¹⁰ Сайт Центру громадського здоров'я (<https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/profilaktika-vilsnidu/postkontakt-na-profilaktika-pkp>)

Показники, що визначають стадію розвитку ВІЛ-інфекції:



Клінічна картина ВІЛ-інфекції налічує **чотири стадії**:

1. **Безсимптомна стадія, генералізована лімфаденопатія:** не спостерігається жодних симптомів хвороби. Цей період може тривати від 3-х до 12-15-ти років, тобто вірус може жити в організмі, не викликаючи жодних очевидних проявів. **Протягом перших 2-х тижнів – 30 днів після інфікування** дехто може відчувати гострі симптоми, **схожі на симптоми грипу**, при цьому не кожна інфікована людина відчуває ці симптоми. Тож людина є клінічно здоровою, але вже через тиждень після інфікування вірус, що потрапив до її організму, може передаватися іншим людям. При **генералізованій лімфаденопатії** спостерігається стійке, тривалістю не менше трьох місяців, збільшення лімфатичних вузлів у різних місцях.

2. Друга стадія характеризується **симптоматичним протіканням при нормальному рівні повсякденної активності**.

Клінічна стадія II¹¹

- Втрата ваги на 10 % від початкової.
- Мінімальні ураження шкіри та слизових (себореїний дерматит, почесуха, грибкові ураження нігтів, тощо).
- Епізод/епізоди оперізуючого лишаю протягом останніх п'яти років.
- Рецидивуючі інфекції верхніх дихальних шляхів (наприклад, бактеріальний синусит).

3. Третя стадія – **СНІД-асоційований комплекс:** прогресуюче зниження маси тіла, поява хронічної втоми, сонливості, пітливості по ночах, лихоманки, діареї, шкірної сверблячки, збільшення лімфатичних вузлів та селезінки, ураження очей і слизових оболонок умовно патогенними мікроорганізмами.

Клінічна стадія III

- Втрата ваги більше ніж на 10 % від початкової.
- Немотивована хронічна діарея, яка триває більше 1 місяця.
- Немотивоване підвищення температури тіла, яке триває більше 1 місяця (постійно або періодично).
- Кандидоз ротової порожнини (молочниця).
- Волосата лейкоплакія слизової порожнини рота.
- Туберкульоз легенів, що розвинувся впродовж року, що передував оглядові.
- Важкі бактеріальні інфекції (наприклад, пневмонія, піоміозит).

4. Четверта стадія – **СНІД:** масивне ураження всіх життєво важливих систем людини опортуністичними

¹¹ ВІЛ-інфекція/СНІД / В.Д.Москалюк, С.Р.Меленко. – Чернівці: вид-во Буковинського державного медичного університету, 2012, с.30-35

інфекціями (ураження шлунково-кишкового тракту, дихальної та серцево-судинної систем, центральної та периферійної нервових систем). Також можуть розвиватися злоякісні пухлини. Тому, якщо вчасно не почати лікування, ця стадія призводить до смерті.

В Україні на стадії СНІДу люди найчастіше помирають від туберкульозу, пневмонії та ракових захворювань.

Для ВІЛ-позитивних людей піклування про власне здоров'я є життєво необхідним: потрібно відмовитися від речовин, що пригнічують імунну систему (тютюну, алкоголю, наркотиків), уникати стресів, займатися спортом, добре харчуватися, вести розмірений спосіб життя. Велике значення також має вчасний початок приймання препаратів високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ або АРТ) за призначенням лікаря.

Як запобігти інфікуванню?

ВІЛ не здатний проникати через презервативи, тому їх правильне використання при різних видах статевих актів є ефективним методом захисту. Наявність постійного статевих партнера також зменшує ризик, але за умови, якщо постійний статевий партнер не матиме незахищених сексуальних контактів з іншими. Варто уникати випадкових статевих контактів, але якщо таке сталося - необхідно використовувати презервативи: це захистить не лише від ВІЛ, але й від більшості інфекцій, що передаються статевим шляхом, гепатитів В і С тощо.

Якщо людина є споживачем ін'єкційних наркотиків, вона має використовувати індивідуальні шприци, голки та посуд для розчину. Доцільніше відмовитись від внутрішньовенного вживання наркотичних речовин, замінивши їх на таблетовані препарати для замісної терапії (замісна підтримуюча терапія (ЗПТ) видається лікарями-наркологами).

Донорська кров перед переливанням повинна бути обов'язково протестована на ВІЛ.

ВІЛ-позитивна матір, яка годує груддю немовля (тільки після консультації фахівця), має застосовувати штучне вигодовування дитини.

Для нанесення татуювання та манікюру варто мати індивідуальний або одноразовий інструментарій.

Що таке ПКП?

ПКП (постконтактна профілактика) – медичний захід, спрямований на попередження розвитку інфекції після імовірного контакту з патогенним мікроорганізмом. Стосовно ВІЛ ПКП означає надання широкого набору послуг для профілактики ВІЛ-інфекції після контакту або при високій імовірності контакту з даним збудником.

Ці послуги включають першу допомогу, консультування і оцінку ризику інфікування ВІЛ, тестування на ВІЛ після отримання інформованої згоди і, в залежності від ступеню оціненого ризику, проведення короткого курсу (28 днів) АРТ з наданням підтримки і подальшого спостереження.

ПКП проводиться:

- при професійному контакті з ВІЛ або високій ймовірності такого контакту (наприклад, при наданні медичної допомоги);
- при випадковому контакті, який не пов'язаний з професійною діяльністю, або при високій ймовірності такого контакту, в тому числі у лікувальному закладі.

Рішення про доцільність ПКП приймається на основі оцінки факторів ризику.

Якщо ризик високий, ПКП необхідно розпочати якомога швидше протягом перших годин після контакту

(не очікуючи на результати тестування), **оптимально – до 2-ох та не пізніше 72-ох годин** після контакту. Оптимальна тривалість ПКП – **28 днів**.

Показання для призначення ПКП особам, що постраждали від сексуального насильства:

- звернення у період, менший ніж через 72 години після контакту;
- особа, яка постраждала від насильства, не є інфікованою ВІЛ;
- особа, що здійснила насильство, є інфікованою ВІЛ або її статус невідомий;
- було встановлено, що контакт несе високий ризик інфікування, а саме:
 - відбувся вагінальний або анальний статевий акт без презервативу, або з презервативом, що розірвався або зісковзнув;
 - був контакт між кров'ю або еякулятом насильника і слизовою оболонкою або пошкодженою шкірою постраждалої (постраждалого);
 - постраждала особа була примушена до орального сексу з еякуляцією у її / його порожнину рота;
 - особа, яка зазнала сексуального насильства, знаходилася у стані наркотичного сп'яніння чи не була у свідомості під час ймовірного насильства, чи не впевнена щодо природи контакту;
 - особа зазнала групового зґвалтування.

Чи є ліки проти ВІЛ-інфекції? Що таке АРТ?

На сьогодні в світі немає жодних лікувальних засобів або вакцини, за допомогою яких можна було б назавжди вилікуватись від ВІЛ. Проте, наразі це складне захворювання піддається лікуванню і профілактиці.

У 1995 році з'явилися ліки, відомі як антиретровірусна терапія (АРТ), що допомагають ефективно боротися з цією хворобою: в організмі ВІЛ-інфікованих осіб, які регулярно та систематично приймають ліки, концентрація вірусу стає настільки незначною, що її навіть неможливо виявити. Антиретровірусні препарати пригнічують прогресування ВІЛ-інфекції аж до запобігання розвитку СНІДу.

Серед показань до початку АРТ або її зміни основним мають бути клінічні показання, дані імунологічних і вірусологічних тестів для виявлення вірусного навантаження у плазмі крові і рівня CD4+-клітин.

Згідно з новим Клінічним протоколом¹², АРТ слід починати **в усіх дорослих і дітей, що живуть з ВІЛ незалежно від клінічної стадії захворювання** та при будь-якій кількості клітин CD4+.

Метою АРТ є максимальне пригнічення розмноження ВІЛ в організмі, відновлення функції імунної системи, і як наслідок – продовження та підвищення якості життя ВІЛ-інфікованих людей.

Існують такі принципи АРТ:

- антиретровірусні препарати приймають протягом усього життя;
- прийом препаратів не можна переривати;
- необхідно суворо дотримуватися часу та дозування їх прийому;
- необхідним є лабораторний контроль за проведенням лікування та соціально-психологічна підтримка прихильності до лікування.

В Україні антиретровірусні препарати є доступними для кожної людини з ВІЛ та надаються безкоштовно в обласних та міських СНІД-центрах.

Станом на 01 жовтня 2020 р. загальна кількість осіб, які отримують АРТ в Україні, становить 120983

¹² Наказ МОЗ №1292 від 05 червня 2019 року «Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції». Доступний за посиланням: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-05062019--1292-pro-zatverdzhennja-novogo-klinichnogo-protokolu-iz-zastosuvannja-antiretrovirusnih-preparativ-dlja-likuvannja-ta-profilaktiki-vil-infekcii>

особи, з яких 118099 дорослих (62608 чоловіків, 55491 жінка), 2884 дитини віком до 18 років (1346 хлопців та 1538 дівчат)¹³.

Які групи населення є найбільш уразливими до інфікування ВІЛ?

До груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ¹⁴ належать:

- споживачі ін'єкційних наркотиків;
- особи, які надають сексуальні послуги за винагороду;
- чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками;
- статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків;
- клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду;
- статеві партнери чоловіків, які практикують секс з чоловіками.

Окрім того, законодавство України визначає перелік уразливих до ВІЛ груп, серед яких профілактичні заходи та лікування ВІЛ потрібно проводити першочергово¹⁵:

- безпритульні та бездомні громадяни, передусім діти, у тому числі із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах;
- мігранти;
- особи, звільнені від відбування покарань (звільнені з місць позбавлення волі);
- особи, що надають сексуальні послуги на комерційній основі, в законодавстві вони визначені як «особи, які займаються проституцією»;
- особи, які утримуються в установах виконання покарань (ув'язнені; використовується також формулювання «засуджені та особи, взяті під варту»);
- споживачі ін'єкційних наркотиків;
- чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками;
- працівники, які мають підвищений ризик інфікування ВІЛ.

Чи може ВІЛ-позитивна жінка народити здорову дитину?

Чи може народитися здоровою дитина від ВІЛ-позитивного чоловіка?

Ризик передачі вірусу від матері до дитини під час вагітності або пологів (вертикальна трансмісія), за умов відсутності лікування та сучасної допомоги в пологах, становить у середньому близько 30 %.

Заходи для профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ включають:

- приймання антиретровірусних препаратів у період вагітності;
- «сухий» кесарів розтин (забезпечення мінімального контакту плоду із рідинами матері);
- уживання немовлям із першого дня життя профілактичного курсу препарату АРТ в сиропі;
- штучне вигодовування дитини (обов'язкова відмова від грудного вигодовування).

Такі сучасні медичні підходи до профілактики вертикальної трансмісії зменшують імовірність передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини до 1-5%. Тобто немовля з'являється на світ здоровим у 95–99 зі 100 випадків.

¹³ Сайт Центру громадського здоров'я (https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/hiv_aids_statistics_art_2020.10.pdf)

¹⁴ Наказ МОЗ України № 104 від 08 лютого 2013 року «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ»

¹⁵ Закон України № 1972-XII від 12 грудня 1991 року «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»

Діагноз «ВІЛ-інфекція» встановлюється дітям перших місяців життя після проведення аналізу крові на ДНК вірусу шляхом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Неінфіковані діти перебувають на обліку у СНІД-центрі до досягнення ними 18 місяців.

Чоловік, що має ВІЛ-позитивний статус, може запліднити жінку без ризику інфікувати її в такий спосіб: у клінічних умовах медицини із сім'яного еякуляту видаляють сім'яну рідину, яка містить віруси ВІЛ. Очищеною спермою запліднюють яйцеклітини та підсаджують жінці. Таким чином технологія очищення сперми від вірусу дає змогу мати здорових дітей.

Які є міфи щодо ВІЛ та СНІД?

В українському суспільстві тема «ВІЛ/СНІД» була й залишається табуованою. Основна причина – стигматизація теми внаслідок неправильного інформування на перших етапах розповсюдження хвороби. Тому у міжособистісному спілкуванні нерідко можна почути хибні твердження, як от:

- ВІЛ і СНІД – це одне й теж;
- ВІЛ – це смертний вирок;
- вірус можна підхопити під час побутового контакту;
- ВІЛ-інфікованими можуть бути лише гомосексуали і наркозалежні;
- презервативи не захистять від інфікування;
- ВІЛ-інфікована мати обов'язково народить хвору дитину;
- лікування від ВІЛ має ще гірші побічні ефекти, ніж сама інфекція;
- комарі переносять ВІЛ під час укусів.

Консультантові важливо розумітися на соціально-медичних особливостях ВІЛ/СНІДу, щоб орієнтуватися у викликах інформаційного поля.

До яких наслідків може призвести епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу у світі при відсутності профілактики та своєчасного реагування?

Розповсюдження епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу опосередковано впливає на всі сфери життєдіяльності суспільства і призводить до наступних наслідків:

- скорочується середня тривалість життя населення, знижується економічна активність, зменшується ефективність праці;
- зростає смертність та інвалідність, знижується народжуваність, збільшується кількість соціальних дітей-сиріт;
- відбувається довгостроковий вплив на економіку країни – скорочення обсягу банківських вкладів та інвестицій, падіння мотивації вкладати кошти в людські ресурси – освіту і здоров'я;
- змінюється структура економічно активного населення (залежно від найбільш уражених статевих і вікових груп), зменшуються податкові внески у бюджети різних рівнів, зростають витрати на соціальну сферу й охорону здоров'я;
- зростають фінансові ризики, змінюється торговельний баланс.

Тож проблема ВІЛ впливає не лише на життя кожної окремої людини, що має такий діагноз, а є загальною для суспільства в цілому.

2.2. Тестування на ВІЛ: методи та інтерпретація результатів

Чому важливе тестування на ВІЛ?

Кожна людина має ВІЛ-статус, тільки у одних він позитивний, а у інших – негативний. Знати цю інформацію потрібно, особливо в українських реаліях – в умовах епідемії, коли вже близько одного відсотка населення живе з ВІЛ.

За останні 10 років в Україні у 20 разів збільшилася кількість пацієнтів, які отримують АРТ¹⁵. Проте 30% від загального числа ВІЛ-інфікованих у нашій країні не здогадуються про те, що інфіковані. З тих, хто знає про свій ВІЛ-позитивний статус, лише кожна третя особа звернулася до медичного закладу.

Саме тому надання ефективних послуг із тестування на ВІЛ є ключовим елементом протидії епідемії ВІЛ-інфекції, рівнів захворюваності та смертності, зумовлених ВІЛ/СНІДом, та є обов'язковим компонентом громадського здоров'я, що забезпечує доступ до комплексних науково-обґрунтованих послуг із профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ.

В Україні триває перший етап реалізації Національної стратегії тестування на ВІЛ¹⁶. Концепція, окрім іншого, передбачає покращення доступу до послуг з тестування на ВІЛ, в тому числі і за рахунок його проведення у немедичних закладах (Напрямок 1: Раннє та максимально повне виявлення ЛЖВ)

В чому полягає стандартна процедура тестування?

Порядок проведення тестування на ВІЛ в Україні визначено наказом Міністерства охорони здоров'я України № 794 від 05.04.2019 «Про удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу». Стандартною процедурою лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції є виявлення в крові антитіл до ВІЛ методом імуноферментного аналізу з подальшим підтвердженням (верифікацією).

Матеріалом для визначення антитіл є сироватка або плазма крові. Для проведення тесту необхідно провести забір крові (5-7 мл), приготувати сироватку, маркувати та зареєструвати взірець. Зберігати сироватку до передачі в лабораторію необхідно при температурі від +2 до +4 °С в чистих, щільно закритих пластикових пробірках з кришками (типу Еппендорф). Зразки на аналіз в лабораторію діагностики ВІЛ-інфекції відправляють не пізніше 3-х діб від моменту забору крові.

Весь комплекс серологічної діагностики ВІЛ здійснюється на основі одного зразка сироватки крові, за винятком випадків, коли результат невизначений. В цьому випадку необхідно провести додатковий забір крові через 2 тижні після першого тестування (а за необхідності – повторно через 4 тижні).

Для підтверджуючих (верифікаційних) досліджень сироватку в лабораторію необхідно доставити протягом 72 годин з моменту проведення первинного скринінгу. Проведення таких досліджень проводять лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції.

¹⁶ Сайт МОЗ України (<https://moz.gov.ua/article/news/jak-ukraina-zupinit-epidemiju-vilsnidu->)

¹⁷ Національна Стратегія тестування на ВІЛ в Україні: 2019½2030 роки. – Центр громадського здоров'я. – Київ, 2018. Ресурс доступний за посиланням: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/Natsionalna_strategia_testuvannia_na_VIL_v_Ukraini_2019-2030.pdf

Які є методи лабораторної діагностики?

Існує низка методів лабораторної діагностики, які використовуються для діагностики ВІЛ-інфекції та контролю за перебігом захворювання¹⁸.

Тип методу	Характеристика	Назва методу
Серологічний	Визначення антитіл і / або антитіл + антигену, що виробляються організмом людини у відповідь на проникнення ВІЛ	ІФА (імуноферментний аналіз)
	Виявлення антитіл до певних білків вірусу	ІБ (імуноблот, (імунний блот))
Молекулярно-біологічний (генетичний)	Визначення нуклеїнових кислот ВІЛ: • ДНК – якісний метод • РНК – кількісний метод	ПЛР (полімеразна ланцюгова реакція)

Що означає ІФА та ІБ?

Виявлення сумарних антитіл до ВІЛ найбільш часто здійснюється за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА). Результат аналізу, зазвичай, визначають як позитивний, негативний і невизначений / сумнівний.

Всі випадки позитивного і невизначеного результатів ІФА повинні бути перевірені за допомогою більш специфічних методів. Для підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції найчастіше використовують імунний блот (імуноблот). Принцип цього методу полягає у виявленні антитіл до певних білків вірусу (антигенів).

При позитивному результаті тесту на ВІЛ консультант рекомендує особі звернутися до СНІД-центру за місцем проживання для постановки діагнозу і отримання подальшої спеціалізованої медичної допомоги. Дана процедура обов'язково передбачає повторну здачу тесту на ВІЛ.

Для чого використовується метод ПЛР?

За допомогою лабораторного методу, заснованого на полімеразній ланцюговій реакції (ПЛР), визначають провірусну ДНК і вірусну РНК (частки самого вірусу), що дозволяє виявити наявність саме вірусу, а не показники реакції організму на його проникнення. ПЛР використовують також для вимірювання концентрації вірусної РНК в плазмі крові (визначення «вірусного навантаження») у пацієнтів, які отримують антиретровірусну терапію (АРТ).

Що означають результати тестування?

Позитивний результат аналізу на ВІЛ при тестуванні методом ІФА означає, що в крові присутні антитіла до ВІЛ, що свідчить про інфікування ВІЛ. Це не означає, що людина хвора на СНІД.

Для встановлення діагнозу і визначення клінічної стадії розвитку ВІЛ-інфекції необхідно провести додаткові дослідження, які пропонують фахівці СНІД-центрів. Крім того, позитивний результат тестування означає, що ця людина може інфікувати інших людей.

Згідно стандартів, позитивний результат тестування повинен бути підтверджений як мінімум двічі, щоб

¹⁸ Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ. В помощь консультанту. – К, 2009, с.24

уникнути помилок.

Негативний результат тестування на ВІЛ методом ІФА означає, що в момент забору крові антитіла до ВІЛ не були виявлені. Це не означає, що людина не інфікована ВІЛ зараз, тому **необхідно пам'ятати про період «вікна»**.

Чи може бути пов'язаний негативний результат тестування на ВІЛ з періодом «вікна»?

Період «вікна» – це час, який проходить від моменту інфікування до моменту, коли антитіла можуть бути визначені за допомогою відповідних методів.

Антитіла до ВІЛ можуть бути визначені сучасними методами через 3 тижні після інфікування у 85% випадків, а через 3 місяці після інфікування наявність антитіл можна визначити вже в 99% випадків. У невеликої частини людей (можливо, у одного на тисячу інфікованих) антитіла з'являються пізніше, ніж через два-три місяці. Вкрай рідко вироблення антитіл організмом може тривати більше шести місяців.

У період «вікна» інфіковані ВІЛ особи можуть ще не мати достатньої кількості антитіл до вірусу, які можливо зафіксувати за допомогою тестів, однак вміст ВІЛ в крові, секретів статевих органів або грудному молоці вже може бути високим. **Тобто існує ризик передати ВІЛ іншій людині, в той час як тест на антитіла до ВІЛ буде негативним.**

У зв'язку з цим, для остаточного вирішення питання про ВІЛ-статус людини рекомендується проводити **повторне тестування на антитіла до ВІЛ через 3-6 місяців після того моменту, коли існував ризик інфікування, якщо можливо визначити дату ризику**. Якщо ж дату ризику визначити неможливо, то остаточно **негативний ВІЛ-статус** може бути визначений тільки на підставі двох тестів, проведених з інтервалом у 3-6 місяців за умови дотримання особою **безпечної поведінки** протягом цього часу.

Що означає невизначений результат?

Невизначений результат тестування на ВІЛ методом ІФА означає, що в даний момент неможливо з упевненістю сказати, інфікована людина чи ні. Вона може бути інфікованою нещодавно і перебувати у періоді «вікна»; можлива наявність у неї хронічних захворювань (цукрового діабету першого типу, хронічного гепатиту, ревматоїдного артрити та ін.); можливо людині протягом 30 днів, що передують тесту, було зроблено щеплення проти грипу або ін'єкція гаммаглобуліну. Наявність невизначеного результату передбачає повторне тестування, в середньому, через 2-3 тижні.

Які переваги і недоліки ІФА?

Тестування на ВІЛ методом ІФА, як і багато інших методів дослідження, має свої переваги і недоліки. Одним з недоліків є можливість отримання помилкових результатів – хибнопозитивних або помилково негативних.

Достовірність результатів тесту визначається двома факторами: чутливістю і специфічністю. Чутливість тесту на ВІЛ – частота правильних результатів тесту у ВІЛ-інфікованих людей (в даному випадку - наявність антитіл до ВІЛ). Під специфічністю розуміють частоту правильних результатів тесту у людини з негативним ВІЛ статусом (тобто про відсутність антитіл до ВІЛ).

Для тесту на ВІЛ необхідна максимально можлива чутливість, оскільки невиявлення антитіл до ВІЛ при дослідженні ВІЛ-позитивного зразка загрожує серйозними наслідками. У той же час, при такій високій чутливості специфічність частково знижується. На практиці це означає, що позитивний результат тесту

може виявитися хибнопозитивним, тобто тест показує присутність показників антитіл до ВІЛ у зразку, в якому їх немає. Це трапляється, коли позитивну реакцію дають інші білки, помилково прийняті за антитіла до ВІЛ. Хибнопозитивні результати обумовлені активізацією імунної системи з тих чи інших причин (гостра вірусна інфекція, вагітність, новоутворення, нещодавня вакцинація або аутоімунне захворювання). Існує більше 70 захворювань та інших факторів, які призводять до отримання хибнопозитивних результатів при дослідженні методом ІФА. Специфічність сучасних ІФА-тестів на ВІЛ становить не менше 99,5%, тобто при дослідженні 4000 ВІЛ-негативних зразків вони дають не більше 20 хибнопозитивних результатів.

Крім того, серед причин хибнопозитивних результатів тестів на ВІЛ можуть бути і помилки, допущені або в лабораторії або при пересиланні зразків: персонал може переплутати пробірки або зробити помилку при їх маркуванні, матеріал з одного зразка може потрапити в інший, також можливі помилки при заповненні направлень до лабораторії і введенні / видачі даних.

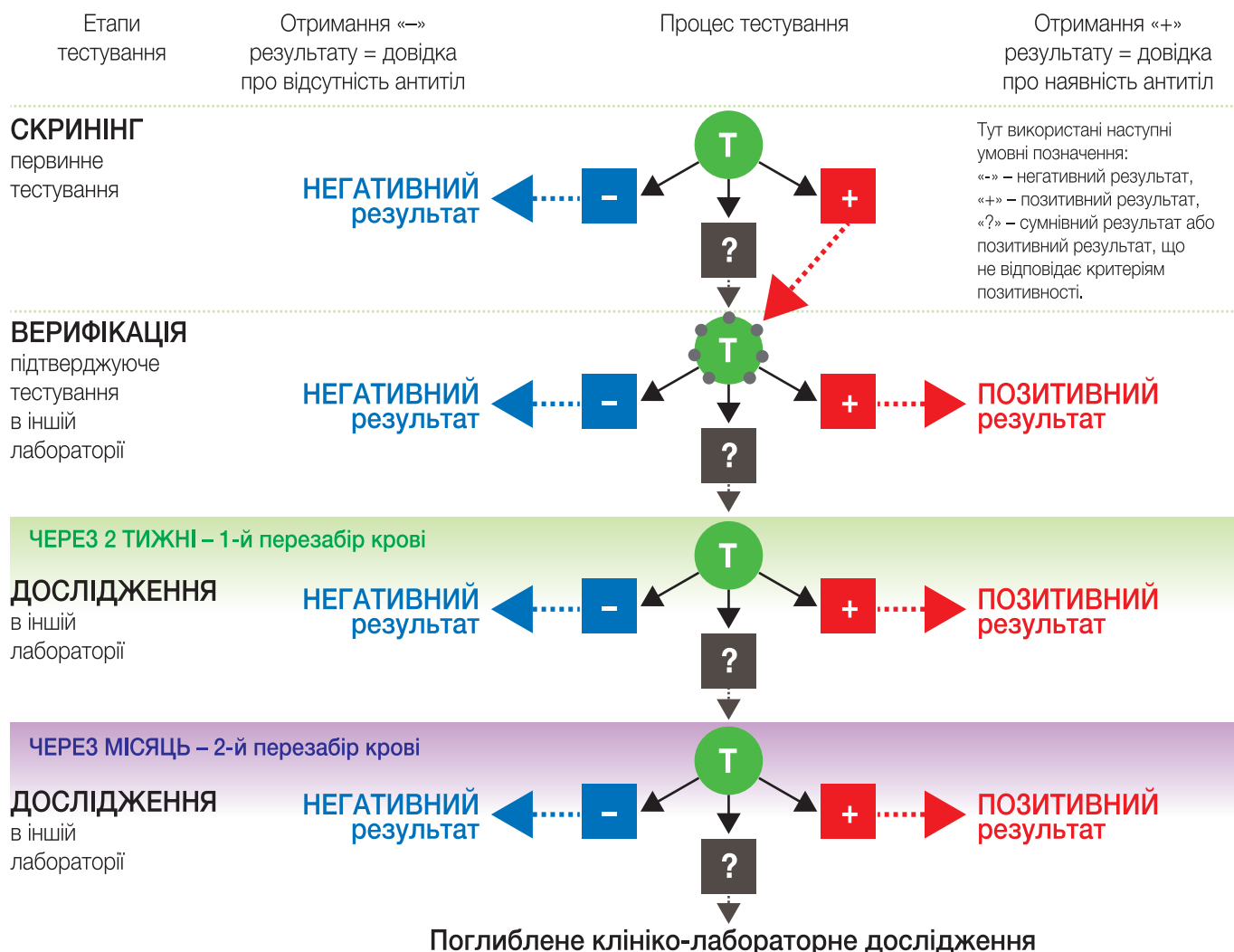
Помилково негативні результати можуть бути обумовлені такими причинами: відсутність реакції імунної системи на вірус, забір крові в період «вікна», витрати специфічності і чутливості тест-систем тощо.

Для того щоб уникнути отримання помилкового результату тесту на ВІЛ, зразок крові досліджують за допомогою різних тест-систем. А при отриманні позитивного або невизначеного результату тесту, обов'язково проводиться підтверджувальне дослідження (верифікація) у спеціальних лабораторіях.

Який алгоритм тестування на ВІЛ?

Алгоритм тестування на ВІЛ в Україні станом на сьогодні можна представити наступним чином:

Що таке швидкі тести?



Різновидом дослідження, який проводиться серологічним методом, є визначення антитіл за допомогою швидких (експрес) тестів (ШТ). Оскільки нарощування масштабів профілактичних заходів і надання допомоги ЛЖВ вимагає збільшення доступності послуг ДКТ, швидкі тести знаходять все більш широке застосування. Вони мають високу чутливість і специфічність, прості у використанні. Для їх застосування не потрібне додаткове обладнання. Використання ШТ є найбільш актуальним у ситуаціях, коли оперативно пройти повноцінне медичне тестування немає можливості.

З розвитком технологій ШТ стають все більш точними і багато в чому не поступаються лабораторному тестуванню. З кожним роком їх стає все більше, а їх вибір стає більш різноманітним.

Хоча дві третини досліджень у 2019 році були виконані інструментальними методами (ІФА та ІБ), обсяги та результативність використання ШТ в Україні щороку зростають, оскільки їх застосування є важливим компонентом покращення каскаду медичних послуг у зв'язку із ВІЛ-інфекцією. Частка осіб, які отримали ПТВ з використанням ШТ, за останні 5 років зростає втричі – з 13% (у 2015 році) до 33% (у 2019 році)¹⁹.

Завдання проведення тестування на ВІЛ-інфекцію з використанням швидких тестів:

1. Профілактика інфікування ВІЛ, в тому числі інфікування ВІЛ інших осіб, шляхом формування навичок безпечної поведінки при вживанні наркотичних речовин і сексуальної поведінки.
2. Переведення осіб з позитивним результатом швидкого тесту до центрів СНІДу або кабінетів «Довіра» ЛПУ з метою проведення додаткової діагностики і встановлення діагнозу (що сприятиме своєчасному початку АРТ, профілактики та лікування опортуністичних інфекцій, отриманню послуг немедичного догляду, психологічної підтримки тощо).

У процесі прийняття рішення про те, чи слід використовувати ШТ на ВІЛ, потрібно враховувати наступні фактори:

- вартість і наявність наборів для тестування;
- наявність кадрів, ресурсів і інфраструктури;
- наявність і рівень кваліфікації персоналу;
- число проб, що надходять для тестування;
- місцеві умови для проведення тестування;
- зручність для осіб, яким це пропонується.

ШТ передбачають отримання результатів аналізу протягом 15-20 хвилин. Основною технологією, яка використовується в ШТ, є метод імунохроматографії. Імунохроматографічні діагностичні тести є розробкою, яка відповідає всім вимогам, і найбільш широко використовується в світі для проведення експрес-тестування.

Реальна можливість проведення індивідуального експрес-аналізу на ВІЛ-інфекцію вимагає від цих тестів високої якості щодо чутливості і специфічності виявлення антитіл до ВІЛ в досліджуваному матеріалі (сироватці, плазмі, цільної крові, слині людини). В усякому разі, ці основні показники якості у ШТ не поступаються класичним ІФА-тест-системам.

Отже, експрес-тести дозволяють перевіритися на ВІЛ, не відвідуючи лабораторію або поліклініку. По суті, це тести ІФА третього покоління, які визначають наявність антитіл до ВІЛ-1 і ВІЛ-2 у слині, сечі або крові.

Їх рекомендують робити через три місяці після можливого ризику інфікування (щоб уникнути попадання у період «вікна»). Але вони вважаються достовірними з 30-го дня передбачуваного інфікування (період

¹⁹ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №51 / Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». – Київ., 2020. С.26. Ресурс доступний за посиланням: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_51_2020.pdf

появи антитіл).

В чому переваги застосування експрес-тестування?

Переваги використання ШТ – це наочність і швидкість отримання результату, яка сприяє проведенню тестування більшого числа людей. Так, люди, у яких є доступ до проходження тестування на ВІЛ за допомогою ШТ, набагато частіше здають тест і дізнаються його результат порівняно з тими, кому було запропоновано пройти тестування із забором венозної крові і використанням методу стандартної ІФА-діагностики.

Представниці та представники груп ризику не завжди мають доступ до проходження ДКТ. Завдяки впровадженню в практику ШТ скорочується час між самим тестуванням і отриманням результатів, а також створюються більш зручні умови для осіб, які хочуть та яким потрібно пройти такий тест. Ці фактори сприяють більш широкому застосуванню ШТ у районах і містах, де немає належним чином обладнаних лабораторій.

Використання ШТ необхідно розвивати на додаток до вдосконалення послуг ДКТ, що надаються традиційною системою охорони здоров'я. Алгоритм проведення консультування та тестування на ВІЛ, в т.ч. з використанням ШТ, викладено у відповідних наказах МОЗ України²⁰.

Який вид швидкого тесту є найпопулярнішим?

Існує 3 види експрес-тестів:

- за зразком слини;
- за зразком сечі;
- за зразком крові.

Найпопулярнішим експрес-тестом є тест за зразком слини – він є найпростішим у використанні і не вимагає складних маніпуляцій, або порушення шкірного покриву. Крім того, цей тест мінімізує можливість передачі ВІЛ. Це пристрій, який можна застосувати лише один раз. Для визначення наявності ВІЛ, необхідно зібрати слину. Тест визначає наявність в організмі ВІЛ 1 та 2 типів. Результат буде готовий через 20 хвилин. Точність тесту досить висока – до 99%.

У пілотному проєкті²¹, який реалізовується у м. Одеса спеціалізованими службами підтримки осіб, постраждалих від насильства, використовується тест, який передбачає самостійне проведення особою, що здає тест, безпечних маніпуляцій при асистованій підтримці консультанта. Детально про принципи та процедуру самотестування за зразком слини див. у Додатку 6.



За умови, якщо тест дав позитивний результат, для встановлення діагнозу необхідно пройти обстеження у спеціалізованій установі – СНІД-центрі.

²⁰ Наказ МОЗ України № 415 від 19 серпня 2005 р. (Національний Протокол ДКТ), з уточненнями відповідно до наказу МОЗ України № 794 від 05 квітня 2019 р. «Про удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу».

²¹ Проєкт впроваджується БФ «Здоров'я жінки і планування сім'ї» та фінансується Фондом народонаселення ООН в Україні, UBRAF та Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Ukraine, в межах програми співробітництва ЮНФПА з Україною на 2018-2022 роки.

2.3. Особливості консультування щодо ВІЛ осіб, які постраждали від насильства

Що таке ДКТ та які його основні принципи?

Одним із найбільш розвинених компонентів заходів із протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні є національна система добровільного консультування і тестування (ДКТ). Кожній особі, яка звернулася з приводу тестування на ВІЛ-інфекцію, має бути надана передтестова та післятестова консультація.

Це регулюється такими нормативними документами:

- протокол «Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» (наказ МОЗ України № 415 від 19 серпня 2005 р. «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»);
- зміни до протоколу «Про Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» (наказ МОЗ України № 114 від 14 лютого 2012 р. «Про організацію надання послуг консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, гепатити В і С, інфекції, що передаються статевим шляхом»);
- наказ МОЗ України № 388 від 11 травня 2010 р. «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції».

ВООЗ та ЮНЕЙДС визначили **основні принципи**, яких слід дотримуватися під час проведення ДКТ, а саме:

- **добровільність** – тестування проводиться тільки після усвідомленої та добровільної письмової згоди особи;
- **конфіденційність** – вся отримана інформація є конфіденційною та може бути передана іншим особам лише у випадках, передбачених законодавством, важливо пам'ятати, що повідомлення про результат тесту також є конфіденційним);
- **анонімність** – консультація та тестування можуть бути проведені анонімно;
- **доступність** – ДКТ має включати фізичну та економічну доступність;
- **достовірність** та повнота інформації;
- **професійна та технічна досконалість** – консультування має відбуватися тільки підготовленими консультантами, при цьому тест-системи, які використовуються, мають бути сертифікованими в Україні;
- **мобілізація ресурсів** – всі установи та організації, задіяні в даній сфері, мають співпрацювати між собою, аби надати весь можливий спектр послуг та, за необхідності, залучити додаткові ресурси.

Під час консультації кожна людина має право поставити питання та отримати достовірну інформацію про ВІЛ-інфекцію, шляхи її передачі; за бажанням оцінити з фахівцем свій ризик інфікування ВІЛ та розглянути можливості його зниження; отримати інформацію про організації, де є можливість отримати іншу допомогу тощо. Після надання результату тестування на ВІЛ-інфекцію, обов'язково має бути роз'яснено його значення та проведена післятестова консультація.

Хто і де може проводити ДКТ?

У відповідності до вищевказаних нормативних актів, консультантом з до- та післятестового консультування може бути працівник державного, комунального закладу охорони здоров'я, інших державних чи комунальних установ, організації або закладу, медичного закладу іншої форми власності, представник об'єднання громадян, який після відповідної підготовки може проводити консультування перед та після тестування на ВІЛ.

Отже, проводити перед- та післятестове консультування мають право медичні працівники (лікарі та медичні сестри), психологи, соціальні працівники, представники громадських організацій, що працюють у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу (включаючи групи ЛЖВ), які пройшли спеціальну підготовку. Звідси, психологи та соціальні працівники спеціалізованих служб підтримки осіб, постраждалих від насильства, які пройшли спеціальну підготовку, теж можуть виступати у ролі консультантів з ДКТ.

Консультування при обстеженні на антитіла ВІЛ регламентовано українським законодавством, і володіти навичками консультування, так само як і проводити його до і після тестування на ВІЛ, повинен кожний фахівець, який здійснює цю процедуру.

Окрім закладів охорони здоров'я, оптимальним місцем для проведення як до- так і післятестового консультування, зокрема, для осіб, які постраждали від насильства, є безпечні умови спеціалізованих служб підтримки постраждалих від насильства осіб – денний центр, притулок, кризова кімната, спеціалізована служба первинного соціально-психологічного консультування. Тут процедуру консультування і тестування можна провести із дотриманням принципів конфіденційності й анонімності, забезпечити відповідний діалог, маючи достатньо часу для висвітлення всього спектру важливих питань, а у подальшому – забезпечити соціальне обслуговування та вжити необхідних соціально-медичних заходів.

Якщо консультування відбувається в екстремальних умовах, наприклад, під час візиту мобільної бригади (МБ), важливо надати необхідну інформацію щодо профілактики ВІЛ (особливо за наявності у жінки вагітності), а також психологічну підтримку, тим самим спонукаючи її до подальших усвідомлених дій.

Які кроки слід вжити спеціалізованій службі підтримки для організації процесу ДКТ?

Спеціалізованим службам для постраждалих від насильства, які планують включити до переліку пропонованих ними послуг діяльність з консультування та тестування із застосуванням ШТ, необхідно вжити заходи, що включають діяльність із планування, організації, надання, моніторингу та оцінки таких послуг, а саме:

1. Підготовка до проведення заходів з ДКТ, яка включає:
 - а) налагодження співпраці з партнерами для створення ефективної системи перенаправлення осіб;
 - б) навчання персоналу навичкам консультування і тестування на ВІЛ з використанням ШТ;
 - в) інформування про доступність послуг з консультування і тестування на ВІЛ осіб, які постраждали від різних форм насильства.
2. Проведення дотестового консультування, мотивування осіб на отримання послуги ДКТ.
3. Проведення процедури тестування на антитіла до ВІЛ з використанням ШТ.
4. Проведення післятестового консультування при негативному і позитивному результатах тесту на ВІЛ, отриманих за допомогою ШТ.
5. Забезпечення перенаправлення особи до СНІД-центру або кабінету «Довіра» ЗОЗ з метою підтвердження позитивного результату ШТ на ВІЛ, подальшої постановки на диспансерний облік, а також до інших медичних та немедичних установ для отримання послуг з діагностики, лікування, догляду і підтримки.
6. Діяльність з моніторингу та оцінки заходів з ДКТ.

Які специфічні особливості постраждалих від насильства слід враховувати при консультуванні?

ДКТ є важливою та затребуваною послугою для тих, хто пережив або переживає систематичне

насильство, особливо з боку свого інтимного партнера. По-перше, сам кривдник може бути інфікованим ВІЛ через недотримання правил безпечного сексу або вживання ін'єкційних наркотиків, недотримання запобіжних засобів щодо інфікування ВІЛ, а отже може бути потенційним джерелом для інфікування постраждалої. По-друге, самі постраждалі часто не вважають своє здоров'я цінністю, роками не відвідують лікаря або мають випадкові статеві зв'язки. Жінки також є досить уразливими до інфекцій, що передаються статевим шляхом, та можуть мати низький рівень знань щодо методів планування сім'ї (контрацепції).

Для успішного консультування особи, яка постраждала від насильства, необхідна атмосфера безпеки та довіри. Тому основним при консультуванні такої особи є ввічливість, гарантування та дотримання конфіденційності, доброзичливість, неупереджене ставлення до можливих особливостей поведінки, тактовність та розуміння, що бесіда, зокрема, на тему сексуальної поведінки, може бути для неї складною. Потрібно надавати інформацію коректно, однак у такий спосіб, щоб вона задовольнила потреби постраждалої особи.

Консультуючи осіб, які пережили насильство, слід звертати увагу на фактори, які стосуються:

фізичного стану особи:

- недостатня вага
- гігієнічна недбалість, неохайний вигляд
- неврози, порушення психіки
- постійне почуття голоду або спраги

емоційного стану особи:

- низька самооцінка, пасивність
- знижений емоційний фон, апатія, страхи
- занепокоєння, підвищена тривожність
- депресивний стан, печаль

поведінки особи:

- опозиційна, запобіглива, регресивна
- саморуйнівна поведінка (спричинення каліцтв самим собі, суїцидальні думки тощо)
- виникнення різного роду відхилень у поведінці

інтелекту особи:

- зниження або повна втрата інтересу
- затримка або різке зниження рівня інтелектуального розвитку
- зниження пізнавальної мотивації
- порушення мовного розвитку
- загальмованість у відповідях при виконанні завдань
- труднощі запам'ятовувати, порушення концентрації, уваги

взаємини особи з оточенням:

- порушення спілкування з оточуючими
- надмірна дружелюбність або повна відсутність друзів
- прагнення будь-яким чином привернути до себе увагу, нанесення самоушкоджень
- підозрілість та недовіра до оточуючих
- вимога уваги до себе або замкненість, прагнення усамітнення
- підвищена агресивність, імпульсивність

Отже, обов'язковою складовою ДКТ є психологічна та соціальна підтримка особи, яка постраждала від насильства. Особливо це важливо у випадку, коли вона дізналася про свій позитивний статус. Це потрібно

врахувати при соціальному кейс-менеджменті – скоригувати сервісний план, залучити психолога для більш глибокої роботи щодо подолання депресивного стану тощо.

Яке значення має консультування й тестування на антитіла до ВІЛ у контексті отриманих результатів?

Головним завданням ДКТ є мотивування особи прийняти добровільне рішення щодо проходження тестування на ВІЛ, і при позитивному результаті – отримання своєчасної медичної допомоги. Для вагітної жінки це тим більше важливо для вчасної профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ, тобто попередження інфікування плоду.

Для забезпечення стійкої мотивації слід чітко розуміти, в чому значення консультування і тестування на антитіла до ВІЛ:

Для особи, яка пройшла тестування:

При отриманні позитивного результату:

- доступ до необхідного спеціалізованого медичного догляду (визначення стадії ВІЛ-інфекції, призначення АРТ, профілактика опортуністичних захворювань, вакцинація, обстеження на наявність інших ІПСШ та туберкульозу, інші медичні процедури);
- усвідомлену можливість змінити свою поведінку з метою уберегти інших людей від інфікування;
- шанс розумно перепланувати своє життя, беручи до уваги нові обставини.

При негативному результаті:

- мотивацію змінити поведінку для запобігання інфікування ВІЛ у майбутньому;
- медичний догляд у зв'язку з іншими захворюваннями, не пов'язаними з ВІЛ;
- можливість отримати консультування з проблеми ВІЛ-інфекції та пов'язаної з нею ризикованої поведінки.

Для оточення особи:

При позитивному результаті:

- зниження ризику інфікування партнера (партнерів), з'ясування його (їх) ВІЛ-статусу;
- якщо вагітна жінка отримала позитивний результат тесту на ВІЛ, спеціальні заходи профілактики можуть знизити ризик інфікування майбутньої дитини.

Для системи громадського здоров'я:

- тестування на антитіла до ВІЛ сприяють безпеці донорської крові та органів;
- епідеміологічні дані про актуальні форми ризикованої поведінки щодо передачі ВІЛ необхідні для розробки ефективних програм з профілактики і лікування ВІЛ-інфекції.

Усі вищеперераховані можливості можуть реалізуватися лише за умови проведення ефективного до- та післятестового консультування.

В чому полягають особливості дотестового консультування як профілактики передачі ВІЛ?

Тестування на антитіла до ВІЛ – не те ж саме, що профілактика ВІЛ-інфекції. Саме по собі отримання результату аналізу не гарантує зміни поведінки. Єдине, що пов'язує тестування з прийняттям рішення про зміну поведінки, – це якісне **до- і післятестове консультування**.

Дотестове консультування є конфіденційним діалогом між клієнтом і консультантом з метою обговорення

тесту на антитіла до ВІЛ і можливих наслідків у зв'язку зі знанням свого ВІЛ-статусу. Таке консультування веде до прийняття інформованого рішення про проведення тесту або відмови від проходження тесту.

Отже, фахівці, які проводять консультування, повинні вміти довести до відома особи основні положення, що стосуються тестування на ВІЛ, а також розповісти про:

- шляхи передачі ВІЛ;
- засоби захисту від інфікування ВІЛ;
- види медичної та психосоціальної допомоги, які можуть отримати особи, які інфіковані ВІЛ;
- контактні телефони та адреси відповідних медичних установ і психосоціальних служб.

У ході бесіди перед тестуванням на антитіла до ВІЛ як при індивідуальному, так і при груповому консультуванні, необхідно висвітлити такі питання:

- форми поведінки, пов'язані з ризиком інфікування ВІЛ;
- користь від проходження тестування, включаючи спектр видів допомоги, доступної для осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ;
- шляхи передачі ВІЛ, заходи профілактики;
- процедура тестування;
- можливі наслідки пояснення ВІЛ-статусу (для особистого та суспільного життя – практичні висновки);
- порядок отримання інформованої згоди на тестування;
- порядок видачі результатів тестування.

При проведенні індивідуального дотестового консультування рекомендується наступний алгоритм дій консультанта:

- Обговоріть принцип конфіденційності.
- Обґрунтуйте важливість обговорення питань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією.
- Отримайте згоду на консультування. З'ясуйте, що знає особа про ВІЛ-інфекцію. Обговоріть можливості, що обумовлюються знанням свого ВІЛ-статусу.
- Визначте наявність або відсутність факторів ризику, з урахуванням того, що дана категорія осіб має великий ризик інфікування (необхідно підвести до цього розуміння саму особу): з'ясуйте особливості статевої поведінки (частоту зміни статевих партнерів, використання презервативів); наявність ВІЛ-інфекції серед статевих партнерів; внутрішньовенне вживання наркотиків; наявність серед статевих партнерів осіб з гомосексуальними уподобаннями, працівників комерційного сексу; перенесені переливання крові, використання продуктів крові, пересадка органів, нестерильні проникаючі процедури тощо.
- Якщо постраждала особа є вагітною, обов'язково поінформуйте про високу вірогідність передачі інфекції від матері до дитини протягом усієї вагітності, необхідність своєчасної профілактики (медикаментозна профілактика, сучасні принципи ведення пологів, виключення грудного вигодовування); наголосіть на важливості безпечної статевої поведінки у зв'язку з можливістю інфікування ВІЛ під час вагітності та з подальшою передачею ВІЛ-інфекції плоду.
- Оцініть, чи розуміє особа надану інформацію, чи замислюється про зміну ризикованої поведінки, чи може отримати необхідну підтримку, як вона буде себе вести в разі позитивного результату тестування. Виявіть і обговоріть помилкові уявлення про ВІЛ-інфекцію.
- З'ясуйте та обговоріть помилкові уявлення про тестування. Поясніть, що присутність антитіл до ВІЛ є доказом наявності ВІЛ-інфекції, але не дозволяє з'ясувати ані час інфікування, ані джерела інфікування, ані наявність інших, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, захворювань.
- Поясніть, що таке «період вікна» (проміжок часу між інфікуванням ВІЛ та появою антитіл до ВІЛ, наявність яких можна визначити за допомогою лабораторних досліджень. У цей період людина може бути вже інфікованою, але при дослідженні крові антитіла до ВІЛ не виявляються).

- Поясніть, що потрібно робити, щоб не інфікуватися та не передавати інфекцію ВІЛ у цей період (3-6 міс.): відмовитися від донорства, використовувати презервативи під час статевих контактів, утриматися від нанесення татуювань. При неможливості відмовитися від внутрішньовенного вживання наркотиків – користуватися одноразовими шприцями й голками, не передаючи їх іншим споживачам; стежити за стерильністю розчину наркотику і ємності, з якої він набирається.
- Переконайтеся, що особа розуміє, що означають терміни «позитивний», «негативний» і «невизначений» результат. Обговоріть, як особа буде реагувати на результат (особливо позитивний при наявності ризикованої поведінки).
- Оцініть можливі наслідки тестування. Оцініть, чи задумалася особа про зміну ризикованої поведінки, якщо вона мала місце до того.
- Підкресліть важливість отримання результатів тестування.
- Отримайте згоду на проходження тесту.
- Призначте час післятестового консультування для повідомлення результату.

Отже, в результаті дотестового консультування особа:

- отримує інформацію про ВІЛ-інфекцію, тест на антитіла до ВІЛ, заходи профілактики ВІЛ-інфекції, можливі наслідки тестування;
- отримує об'єктивну оцінку наявності в її житті ризику інфікуватися ВІЛ;
- приймає усвідомлене рішення про проходження обстеження на антитіла до ВІЛ;
- обмірковує можливості зміни своєї поведінки, ризикованої в контексті інфікування ВІЛ.

По завершенні консультування рекомендується запитати особу:

- якого результату тестування вона очікує і чому;
- що вона буде робити, якщо отримає не той результат, на який розраховує;
- що зміниться в її житті, якщо результат виявиться позитивним;
- що зміниться в її житті, якщо результат виявиться негативним.

Важливо відзначити, що результати дослідження **по телефону не повідомляють**. Це відбувається тільки при особистій зустрічі фахівця та обстежуваної особи.

Як зазначалося вище, при проведенні тестування інструментальними методами (ІФА та ІБ) результат тестування може виявитися **негативним, невизначеним або позитивним**. При тестуванні із застосуванням ШТ результат може бути **негативним, позитивним або недійсним**. Ефективність консультанта з ДКТ передбачає вміння інтерпретувати результати тестування на ВІЛ незалежно від того, якими методами воно проводилося.

Які загальні особливості післятестового консультування як профілактики передачі ВІЛ?

Післятестове консультування є конфіденційним діалогом між особою та консультантом з метою:

- обговорення результатів тесту на антитіла до ВІЛ,
- надання відповідної інформації,
- надання підтримки та направлення до інших фахівців,
- заохочення поведінки, яка знижує ризик інфікування (якщо результати тесту негативні), або знижує ризик передачі ВІЛ іншим, якщо вони є позитивними (тобто пацієнт інфікований).

Післятестове консультування повинно проводитися при:

- негативному результаті;
- невизначеному результаті;

- позитивному результаті.

Зміст післятестового консультування визначається ступенем ризику інфікування ВІЛ у особи, який встановлюють під час дотестового консультування. Тому важливо, щоб **до- та післятестове консультування** проводив той самий **фахівець**.

Який зміст післятестового консультування при негативному результаті?

При отриманні **негативного результату** консультант:

- повідомляє про конфіденційність;
- обговорює з особою значення отриманого результату (негативний результат означає, що особа не інфікована ВІЛ станом на день за 3 місяці до проходження цього тесту, але в разі наявності ризикованої поведінки протягом останніх 3-х місяців – можливість інфікування зберігається);
- з'ясовує, як особа розуміє значення результату тестування;
- разом із особою здійснює повторну оцінку індивідуальних ризиків щодо інфікування;
- обговорює реалізацію плану більш небезпечної поведінки: чи виконується, чи є труднощі, чим можна допомогти;
- закріплює разом із особою навички більш небезпечної поведінки шляхом використання методів рольової гри, демонстрації (за бажанням особи);
- обговорює можливості повідомлення результату партнерові та мотивування партнера на проходження ДКТ на ВІЛ (якими є фактори його поведінки – чи є вони ризикованими, як побудувати з ним бесіду і спонукати пройти тестування);
- нагадує про період «вікна» і мотивує на повторне тестування через 3 тижні – 3 місяці;
- пропонує пройти тестування методом ІФА для уточнення результату – у СНІД-центрі або кабінеті довіри;
- інформує про інші організації, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу (за бажанням особи), надає контактну інформацію;
- відповідає на запитання, підводить підсумки бесіди (нагадує про ключові моменти);
- домовляється про наступну зустріч (за бажанням особи).

В чому особливості післятестового консультування при невизначеному результаті?

При тестуванні крові на антитіла до ВІЛ методом імунного блоттинга (ІБ) існує ймовірність отримання невизначеного результату.

Причиною такого результату тесту можуть бути помилки при постановці тесту; наявність у особи інших гострих і хронічних захворювань; явище сероконверсії тощо.

При отриманні **невизначеного результату** консультант:

- повідомляє про конфіденційність;
- обговорює з особою значення отриманого результату;
- пояснює, за яких обставин результат буває невизначеним, акцентуючи на тому, що факт ВІЛ-позитивності не встановлено;
- пояснює, що для виключення помилки необхідно повторити тест – мотивує на повторне тестування через 2-3 тижні;
- рекомендує дотримуватися плану більш безпечної щодо передачі ВІЛ поведінки, закріплюючи відповідні навички;
- обговорює можливості повідомлення результату партнерові та мотивування партнера на проходження ДКТ на ВІЛ;

- при необхідності – направляє (перенаправляє) на обстеження (хронічні захворювання);
- з'ясовує, хто підтримає особу до тестування і під час очікування результату;
- відповідає на запитання, підводить підсумки бесіди (нагадує про ключові моменти);
- домовляється про наступну зустріч (за бажанням особи).

Які особливості післятестового консультування при позитивному результаті?

Консультування при отриманні позитивного результату є кризовим. Особі обов'язково повинна бути надана психологічна підтримка.

Про позитивний результат тесту на ВІЛ пацієнтові повідомляє **фахівець, який проводив дотестове консультування**.

При отриманні **позитивного результату** тестування на ВІЛ, консультант повинен:

- повідомити про конфіденційність;
- повідомити позитивний результат тесту у чіткій і стислій формі (нейтрально, без фраз співчуття й гіркоти «На превеликий жаль...», «Мені дуже жаль, але...»);
- надати час для сприйняття цієї звістки, обмірковування й висловлення емоцій та почуттів;
- оцінити реакцію особи на повідомлення про наявність антитіл до ВІЛ;
- з'ясувати, чи розуміє особа значення позитивного результату;
- зробити акцент на тому, що це ВІЛ, а не СНІД;
- відповісти на запитання особи;
- вислухати її думки і побоювання щодо позитивного результату тестування;
- вислухати розповідь особи про почуття, що стосуються ВІЛ-інфекції, її можливі страхи і побоювання;
- за можливості, уникати міркувань про перспективи подальшого життя особи. Пояснити, що більш детально це питання буде обговорюватися після завершення обстеження у місцевому СНІД-центрі;
- пояснити, що таке ВІЛ, як він впливає на імунну систему, підкреслити різницю між ВІЛ-інфекцією та СНІДом;
- поінформувати про доступність лікування, АРТ, про можливості планування сім'ї;
- з'ясувати, хто зможе підтримати особу в період адаптації до позитивного статусу;
- обговорити можливості повідомлення результату партнерові та мотивування партнера на проходження ДКТ на ВІЛ;
- звернути увагу на важливість дотримання плану більш безпечної поведінки щодо ВІЛ-інфекції, ІПСШ, які можуть пригнічувати імунітет і сприяти прогресуванню захворювання;
- рекомендувати використовувати презервативи при сексуальних контактах; при вживанні ін'єкційних наркотиків користуватися одноразовими шприцями й голками, не передаючи їх іншим споживачам, стежити за стерильністю розчину наркотику і ємності, з якої його набирають;
- наголосити на відповідальності за зміну поведінки для уникнення передачі збудника.

Якщо особа є вагітною:

- окремо проговорити можливість народження здорової дитини та необхідність термінового початку профілактики вертикальної трансмісії;
- обговорити методи зниження можливості передачі ВІЛ від матері до дитини;
- поінформувати про необхідність регулярного огляду в жіночій консультації, у лікаря-інфекціоніста, чіткого дотримання рекомендацій лікарів, зокрема щодо вживання антиретровірусних препаратів;
- поінформувати щодо можливих способів розродження, запобігання необґрунтованим акушерським втручанням під час пологів, виключення грудного вигодовування;
- пояснити, що вагітна жінка сама приймає усвідомлене рішення щодо переривання вагітності чи

народження дитини;

- обговорити, куди потрібно звернутися для отримання подальшої допомоги (диспансерного нагляду та отримання АРТ);
- поінформувати про права та обов'язки ВІЛ-інфікованих людей;
- пояснити, що діагноз ВІЛ-інфекції та стадія захворювання будуть остаточно визначені у місцевому СНІД-центрі на підставі клінічних, епідеміологічних і лабораторних даних;
- надати інформацію про організації/служби соціальної, психологічної, юридичної та іншої підтримки;
- обговорити та з'ясувати першочергові потреби особи і забезпечити ефективне перенаправлення до інших служб;
- відповісти на запитання, підвести підсумки бесіди (нагадати про ключові моменти);
- домовитися про наступну зустріч (за бажанням особи).

Для встановлення остаточного діагнозу і постановки на диспансерний облік консультант повинен надати координати місцевого СНІД-центру (див. Додаток 7), а також попередньо домовитися з колегами з центру про майбутній візит особи, якій була надана консультація.

Диспансерне спостереження та лікування при ВІЛ-інфекції проводиться на основі добровільності. Інших законних засобів мотивації обстежуваних на виконання рекомендацій, крім правильно проведеного консультування, у фахівців немає.

Тому консультування при обстеженні на антитіла до ВІЛ – не лише обов'язковий, а й ефективний засіб індивідуальної профілактичної роботи з питань ВІЛ-інфекції з особами, які постраждали від насильства. Багато з них вперше отримають необхідну інформацію, замисляться про це захворювання стосовно до себе, усвідомлять індивідуальний ступінь ризику, зроблять перший крок до зміни поведінки.

В разі отримання позитивного результату тестування, саме кваліфіковане консультування допомагає людині оволодіти ситуацією і, тим самим, робить істотний внесок у профілактику самогубств та інших вчинків, продиктованих відчаєм.

2.4. Перенаправлення

Що означає перенаправлення і як його організувати?

Процедура перенаправлення особи до інших організацій здійснюється у випадках, коли в результаті оцінки потреб цієї особи виявлена необхідність отримання нею інших послуг, яких не має у спектрі послуг організації, до якої звернулася ця особа або ця організація не в змозі надати їх у відповідній якості та обсязі.

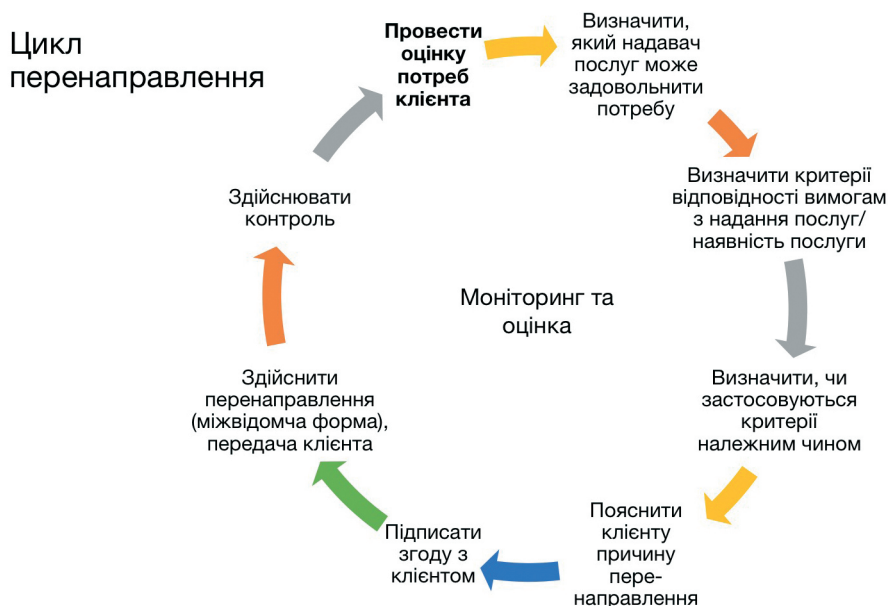
Для організації системи перенаправлення, насамперед, слід провести підготовчу роботу – визначити джерела підтримки з числа установ, організацій та закладів, які можуть бути ефективними «точками входу» для направлених до них осіб. Основними критеріями пошуку мають бути:

- наявність вмотивованого на взаємодію керівництва і висококваліфікованого персоналу, готового до співпраці;
- широкий спектр послуг у відповідній галузі;
- зручність та доступність (гнучкий графік роботи, географічна наближеність, низькобар'єрність тощо);
- дотримання принципів роботи з огляду на специфіку питання (наприклад, конфіденційність, анонімність тощо).

З чого складається цикл перенаправлення?

Процес перенаправлення має певний цикл, який передбачає наступні етапи:

- а) проведення оцінки потреб особи
- б) визначення надавача послуг, який може задовольнити потребу
- в) визначення критеріїв відповідності вимогам з надання послуг / наявність послуги
- г) визначити, чи застосовуються критерії належним чином
- д) пояснення особі причини перенаправлення
- е) підписання інформованої згоди з особою
- ж) власне здійснення перенаправлення (міжвідомча форма)
- з) здійснення контролю перенаправлення
- и) моніторинг та оцінка на всіх етапах перенаправлення (те, що власне і робить його цілісним циклом)



Як організувати перенаправлення постраждалих від насильства?

У системі роботи із постраждалими від насильства метою перенаправлення є задоволення термінових потреб постраждалої особи таким чином, щоб забезпечити найбільш безпечний та ефективний спосіб надання допомоги та звітування.

Важливо, щоб постраждала особа мала можливість доступу до різних «точок входу» для отримання допомоги відповідно до оцінки її потреб, тому усі надавачі послуг мають бути поінформовані про систему та можливості активувати перенаправлення.

Незалежно від повноважень / можливостей, усім «точкам входу» необхідно дотримуватися 5-ти стандартних кроків перенаправлення:

1. Інформування.

Постраждалу особу необхідно поінформувати про можливість здійснення перенаправлення для отримання послуг.

2. Інформована згода.

До будь-якого з кроків перенаправлення необхідно отримати інформовану згоду постраждалої особи на обмін інформацією (у письмовій формі – використовується розроблена типова форма).

Постраждала особа має право обирати, до якої установи він / вона отримає перенаправлення та попросити внести обмеження на інформацію, яка передається іншим надавачам послуг.

3. Повна інформація та рішення.

Перенаправлення слід здійснювати відповідно до вибору постраждалої особи і тільки після надання їй повної та точної інформації про надавачів послуг за схемою «трьох питань»:

ХТО – яка установа/організація надає послуги постраждалим особам, включно з контактною інформацією спеціаліста (ім'я, номер телефону), з яким можна скотактувати, щоб скористатися даною послугою;

ЩО – яку допомогу постраждала особа може отримати від конкретного надавача послуг, включно з інформацією про витрати, пов'язані з отриманням відповідних послуг;

ДЕ – точне розташування (точна адреса та час роботи) місця надання послуги.

4. Безпосереднє перенаправлення.

Перенаправлення слід супроводжувати телефонною розмовою з іншим надавачем послуг. Це необхідно, аби уникнути ситуації, коли постраждалій особі необхідно буде повторно розповідати про свою історію та відповідати на схожі запитання, знову повертаючись до ситуації насильства. На цьому етапі важливо заохочувати постраждалу особу шляхом надання їй / йому можливості самостійно здійснити вибір відповідної установи чи організації. Якщо необхідно і можливо, бажано безпосередньо супроводити постраждалу особу до іншого надавача послуг.

5. Документування.

З метою забезпечення взаємодії під час перенаправлення постраждалих від насильства, між організаціями-надавачами послуг, необхідно укласти договір соціального партнерства, додаткову угоду про перенаправлення, а також використовувати єдину форму талону перенаправлення з так званою «відривною частиною» для подальшого статистичного обліку.

Що потрібно для того, щоб перенаправлення постраждалих було ефективним?

Для налагодження системи ефективного перенаправлення, насамперед, важливо з'ясувати наступні питання:

1. Чи існує зведена база даних з контактами (назва, адреса, номер телефону, графік роботи/прийому, ПІБ спеціаліста (за його згоди)) суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії насильству, допомоги постраждалим особам?
2. Чи вчасно передається інформація про виявлені факти насильства до інших суб'єктів в установленому порядку?
3. Яким чином відрегульовано механізм перенаправлення постраждалих осіб у вашій громаді?

Система перенаправлення працюватиме ефективно, якщо інформація / відомості про установи та організації, конкретних надавачів послуг (фахівців) і контактні дані будуть не лише систематизовані та передані всім відповідним установам. Ці дані також необхідно періодично оновлювати.

У кожного консультанта повинен бути напрацьований банк даних з відповідною контактною інформацією спеціалістів дотичних установ і організацій. Також є необхідним знання про спеціалізацію фахівця тієї чи іншої служби, рівень його професійної компетенції.

Попереднє встановлення колегіальних стосунків з тим чи іншим фахівцем відповідної галузі, володіння валідною інформацією щодо його місцезнаходження, графіку прийому – обов'язкові умови для забезпечення ефективного перенаправлення.

Інформацію про заклади та організації, у яких постраждала особа зможе отримати допомогу з відповідних питань, необхідно надавати у друкованому вигляді із зазначенням їх контактних даних.

Важливим у організації перенаправлення є також дотримання консультантом усіх етапів циклу перенаправлення. Деякі фахівці нехтують проведенням разом із особою оцінки її потреб. Вони забувають, що якісну оцінку потреб можна забезпечити лише через **спільне** ретельне вивчення ситуації, добровільність у прийнятті допомоги, зворотній зв'язок. У випадках, коли така спільна діяльність не мала місця, консультант самостійно визначає, чого саме особа потребує, вирішуючи за неї, які подальші кроки їй потрібно робити. Консультант може, через свою обізнаність, попередній досвід надання допомоги у вирішенні подібних проблем у інших клієнтів чи клієнток, вважати, що його рішення буде правильним. Але це призводить до невмотивованих дій з боку особи, адже вона / він не усвідомлює, чому необхідно отримати саме таку послугу. Інколи такі одноосібно консультантом прийняті рішення призводять до припинення комунікацій з ним з боку постраждалої особи.

Також обов'язковим інструментом перенаправлення є підтримання зворотнього зв'язку як з особою, яку перенаправили, так і з надавачем послуги. Мета цього кроку – переконатися, чи встановлено відповідний контакт, чи була отримана / надана бажана послуга.

Загальна ефективність процесу перенаправлення визначатиметься через забезпечення умов надання **повного спектру** послуг, яких потребує особа.

В чому полягають особливості перенаправлення осіб, постраждалих від насильства, з позитивним результатом тестування на ВІЛ?

Процес перенаправлення в контексті ДКТ є інтегрованим в систему перенаправлення постраждалих від насильства і при цьому має свої особливості. Процес перенаправлення – це сукупність дій та заходів для заохочення осіб, які проходять тестування на ВІЛ та в яких виявлено ВІЛ, щодо отримання ними послуг з профілактики, лікування та догляду відповідно до статусу ВІЛ. В контексті ВІЛ це поняття стосується періоду, який починається з моменту виявлення ВІЛ до залучення особи до системи догляду

або лікування.

З іншого боку, перенаправлення осіб, постраждалих від насильства, з позитивним результатом тестування на ВІЛ є інструментом міжвідомчої взаємодії різних суб'єктів, долучених до питань запобігання та протидії насильству, серед яких є і заклади охорони здоров'я (з урахуванням вимог постанови Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2018 р. № 658 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству і насильству за ознакою статі»).

Для осіб, які постраждали від насильства, перенаправлення у зв'язку з ДКТ може бути організовано у формі внутрішнього і зовнішнього процесів:

Внутрішнє перенаправлення – це перенаправлення особи всередині спеціалізованої служби підтримки для отримання нею тієї чи іншої послуги від штатного працівника служби.

Наприклад, якщо в ролі консультанта з ДКТ був соціальний працівник, а психологічний стан особи потребує відповідної фахової інтервенції, то перенаправлення здійснюється до психолога спеціалізованої служби (денного центру, притулку, МБ тощо).

Зовнішні перенаправлення обумовлені необхідністю отримання таких видів послуг, надання яких не передбачене в рамках діяльності спеціалізованих служб підтримки осіб, постраждалих від насильства.

У разі отримання позитивного результату тестування на ВІЛ, особу, в рамках післятестового консультування, необхідно мотивувати звернутися до місцевого СНІД-центру для подальшого поглибленого обстеження і встановлення діагнозу, прийняття рішення про необхідність та можливість отримання лікування тощо. Якщо особа дає згоду на допомогу їй щодо подальших кроків для встановлення остаточного діагнозу і постановки на диспансерний облік, консультант повинен забезпечити перенаправлення особи до місцевого СНІД-центру, попередньо домовившись із колегами цього закладу про її майбутній візит.

Окрім цього, в залежності від стану здоров'я та індивідуальних особливостей особи, відомостей, які були отримані консультантом під час ДКТ, перенаправлення може бути необхідним для отримання послуг на базі таких установ, як:

- протитуберкульозний диспансер (зокрема, при наявності у особи характерних симптомів (кашлю, нічної пітливості тощо)) – для обстеження на наявність туберкульозу, профілактичного лікування;
- шкірновенерологічний диспансер (зокрема, якщо особа веде статеве життя, пов'язане з високим ризиком інфікування) – для обстеження на наявність ІПСШ, профілактичного лікування);
- жіноча консультація (наприклад, якщо жінка вагітна);
- центр планування сім'ї – для отримання консультації щодо методів планування сім'ї;
- інші ЗОЗ, наприклад, пов'язані з лікуванням опортуністичних інфекцій, онкологічних захворювань тощо.

Неурядові ВІЛ-сервісні організації також є тими «точками входу», до яких можна перенаправити особу, де вона зможе послуги із соціально-медичного супроводу, гуманітарну допомоги, послуги з профілактики ризикованої поведінки, в тому числі – зі зменшення шкоди для споживачів ін'єкційних наркотиків (наприклад, обмін шприців і голок, якщо особа є ЛВНІ), отримати презервативи / лубриканти (в т.ч. для осіб, які є ПКС або ЧСЧ) тощо.

Документування і звітування про послуги з перенаправлення осіб, які постраждали від домашнього насильства, у зв'язку з отриманням ними позитивного результату тестування на ВІЛ, наразі відбувається згідно з вимогами проектів, в рамках яких спеціалізовані служби підтримки надають послуги із консультування та тестування на ВІЛ.

Обов'язковою умовою для здійснення перенаправлення постраждалих від насильства з позитивним результатом тестування на ВІЛ є проведення якісного післятестового консультування. Ефективне

кризове консультування має допомогти стабілізувати психологічний стан особи – це важливо і тому, щоб ця особа була в змозі сприймати інформацію та обговорити подальші кроки.

Роль консультанта – допомогти особі оцінити, де і як отримати підтримку, спланувати майбутнє, щоб налагодити життя з позитивним ВІЛ-статусом. Необхідно пояснити важливість подальшого медичного обстеження, а також обговорити наміри цієї щодо повідомлення про її ВІЛ-позитивний статус своїм лікарям, які зможуть надати належну допомогу, якщо знатимуть про такий статус. Пояснити порядок подальшого медичного нагляду. Також слід з'ясувати, що може перешкодити отриманню цієї допомоги / послуги, які медичні послуги отримати найважче, яким чином консультант може допомогти у цьому.

У системі перенаправлення в контексті профілактики ВІЛ спеціалізовані служби підтримки осіб, постраждалих від насильства, є «точками входу» для осіб з проблемою ВІЛ, яких можуть перенаправити ЗОЗ та неурядові організації у якості постраждалих від насильства.

Які кроки слід здійснити спеціалізованим службам підтримки для налагодження перенаправлення до ЗОЗ в контексті ВІЛ?

Для забезпечення функціонування системи перенаправлення слід попередньо здійснити наступні дії:

- створити базу даних щодо державних та недержавних ВІЛ-сервісних організацій (СНІД-центри, протитуберкульозні диспансери, шкірновенерологічні диспансери, громадські організації тощо), що працюють у населеному пункті чи районі, де діє спеціалізована служба підтримки;
- вивчити спектр та обсяги послуг, які надають ці організації;
- провести робочі зустрічі з керівництвом закладів / організацій;
- укласти угоди про співпрацю;
- спільно визначити спеціалістів, що виступатимуть в якості контактних осіб для здійснення практичної роботи з особами, які будуть перенаправлені;
- розробити механізм документування випадків перенаправлення та механізм моніторингу його ефективності.

Перенаправлення до іншої установи в жодному разі не є завершенням взаємодії із особою, яка постраждала від насильства. Результатом процесу перенаправлення є задоволення визначених потреб особи задля подолання / мінімізації комплексу проблемних питань.

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

Міжнародні документи

Декларація ООН про викорінення насильства щодо жінок (1993).

Загальна декларація прав людини (1948).

Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (1979).

Конвенція Ради Європи про запобігання та боротьбу з насильством щодо жінок та домашнім насильством (Стамбульська конвенція) (2011).

Політична декларація з питань ВІЛ/СНІДу «Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030 року» (2016).

Законодавчі та нормативно-правові акти України

Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019-2023 роки.

Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» (2005).

Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (2017).

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (1992).

Закон України «Про соціальні послуги» (2019).

Наказ МВС України та МОЗ України 06.07.2016 р. № 612/679 «Про порядок обліку фактів звернення та доставлення до закладів охорони здоров'я осіб у зв'язку із заподіянням їм тілесних ушкоджень кримінального характеру та інформування про такі випадки органів і підрозділів поліції».

Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

Наказ МОЗ України від 25.02.2010 р. № 102 «Про функціонування кабінетів «Довіра»».

Наказ МОЗ України від 11.05.2010 р. № 388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції».

Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 114 «Про організацію надання послуг консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, гепатити В і С, інфекції, що передаються статевим шляхом».

Наказ МОЗ України від 08.02.2013 р. № 104 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ».

Наказ МОЗ України від 01.02.2019 р. № 278 «Про затвердження Порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги».

Наказ МОЗ України від 12.07.2019 р. №1606 «Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ».

Новий клінічний протокол із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції (наказ Міністерства охорони здоров'я України 05.06.2019 р. №1292).

Національна Стратегія тестування на ВІЛ в Україні: 2019½ 2030 роки. – Центр громадського здоров'я.

– Київ, 2018.

Постанова Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2018 р. № 654 «Про затвердження Типового положення про мобільну бригаду соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі».

Постанова Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2018 р. №655 «Про затвердження Типового положення про притулок для осіб, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі».

Постанова Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2018 р. № 658 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству і насильству за ознакою статі».

Постанова Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2019 р. №824 «Про затвердження типових положень про денний центр соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі, та спеціалізовану службу первинного соціально-психологічного консультування осіб, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі».

Література

ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №51 / Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». – Київ., 2020. – 109 с. Ресурс доступний за посиланням: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_51_2020.pdf

ВІЛ-інфекція/СНІД / В.Д.Москалюк, С.Р.Меленко. – Чернівці: вид-во Буковинського державного медичного університету, 2012. Ресурс доступний за посиланням: <http://dspace.bsmu.edu.ua/bitstream/123456789/5239/1/Монографія%20Москалюк%20Меленко.pdf>

Гендерні фактори ризику для СІН, ЖКС (за результатами дослідження «Введення ґендерного виміру у програми профілактики, догляду та підтримки», МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», проект «Санрайз», за підтримки USAID) (2005).

Гендерний підхід у наданні послуг ЛЖВ. Посібник з питань використання ґендерних підходів у наданні послуг людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, призначений для фахівців сфери соціальної роботи, представників державних та неурядових організацій. — Київ.: Інжиніринг, 2011. — 48 с.

Гендерные аспекты ВИЧ-инфекции в регионе Восточной Европы и Центральной Азии/ М.Р.Болтаева, презентация, 2017. Ресурс доступний за посиланням: <https://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/vich/17/prez/5-A3-4.pdf>

Медикаментозна профілактика інфікування ВІЛ. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (проект), 2017. – 110 с. Ресурс доступний за посиланням: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/akn_pkp.pdf

Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для соціальних працівників: Методичний посібник / Програма розвитку ООН в Україні. — за ред. Шеремета С. П. — Авт. колектив: Банас О. В., Валько С. С., Гейдар Л. М., Марченко Р. С., Мостяев О. І., Семігіна Т. В., Ярошенко А. А. — Київ., 2012. — 80 с. Ресурс доступний за посиланням: https://www.researchgate.net/publication/336937937_METODICNI_REKOMENDACII_Z_PITAN_VIL_TA_CSC_DLA_SOCIALNIH_PRACIVNIKV_Metodicnij_posibniki

Моніторинг включення індикаторів щодо насильства над жінками до Національної відповіді на епідемію ВІЛ та впровадження плану ЮНЕЙДС щодо жінок та дівчат (2011). Ресурс доступний за посиланням: <https://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/c10b2a25146cfbedbc6a9b8c41f788b3.pdf>

Надання послуг з репродуктивного здоров'я у випадку ґендерного насильства. Посібник для медичних працівників / Оксана Бабенко, Володимир Банніков. БФ «Здоров'я жінки і планування сім'ї». – Київ., 2015. – 68 с. Ресурс доступний за посиланням: http://www.womanhealth.org.ua/wp-content/uploads/2016/09/UNFPA_GViolence_2016_A5_68_Print.pdf

Насилию нет оправдания. Исследование проблемы насилия в отношении женщин, живущих с ВИЧ, в восточной Европе и Центральной Азии. Аналитический отчет / Авторки: Юлия Годунова, Светлана Мороз, Наталья Сидоренко, Алина Ярославская. - Киев., 2019. – 32 с. Ресурс доступний за посиланням: http://www.ewna.org/wp-content/uploads/2019/11/EWNA_Report_RUS_preview_v5.pdf?fbclid=IwAR0VLrw0EV-qZCSLg2x3eMJL3q36G1G4ylb3S31MtS90TQtjZ-flzhzYebGg

Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2019 року / Авторський колектив: Кузін Ігор, Рябченко Катерина, Грабовий Сергій, Марциновська Віолетта, Антоненко Жанна. Центр громадського здоров'я. – Київ, 2019. – 56 с. Ресурс доступний за посиланням: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Natsionalna%20otsinka%20sytuatsiyi%20z%20VIL_SNIDu%20v%20Ukraini%20na%20pochatok%202019.pdf

Попередження домашнього насильства щодо жінок та дівчат у м. Києві: модель, особливості, перспективи / Я.І.Бордіян, Т.В.Журавель, О.Л.Кулаковська та ін. – Київ.: «ВБ «Калита», 2017. – 98 с. Ресурс доступний за посиланням: http://www.healthright.org.ua/wp-content/uploads/2014/10/Last-version_Prevention_Violence_Manual.pdf

Посібник із комплексного ґендерного підходу до протидії ВІЛ та СНІДу на робочому місці / Міжнародне бюро праці – Женева: МБП, 2011 р. – 48 с. Ресурс доступний за посиланням: https://www.ilo.org/wcms-sp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_235335.pdf

Послуги з тестування на ВІЛ. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (проект), 2017. – 227 с. Ресурс доступний за посиланням: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/akn_ptb.pdf

ПРАВА ЛЮДИНИ ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ В УКРАЇНІ: Результати дослідження на базі спільноти крізь призму CEDAW. Позитивні жінки / Світлана Мороз - Київ., 2016. – 32 с. Ресурс доступний за посиланням: <http://www.un.org.ua/images/documents/4480/HIV%20throg%20CEDAW%20lensukrcompressed.pdf>

Притулок для осіб, які постраждали від домашнього насильства: алгоритм створення й забезпечення роботи. Методичний посібник / за заг. ред. Кочемировська О.О. - Київ.: ФОП Клименко, 2020. – 80 с. Ресурс доступний за посиланням: http://nvp.loga.gov.ua/sites/default/files/collections/gbv_response_shelters_manual_final_web_27042020.pdf

Распространенность насилия в украинских семьях, UNDP (2010).

Самотестування на ВІЛ та інформування партнерів. Додаток до Зведеного керівництва з послуг тестування на ВІЛ (2016).

Секс-бизнес, насилие и ВИЧ. Пособие для сотрудников программ, предназначенных для работников коммерческого секса / Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине. – К., 2010. – 34 с. Ресурс доступний за посиланням: <https://www.belaid.net/uploads/docs/rks.pdf>

Тренинг «Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ уязвимых групп населения». Методическое пособие для тренера. – К., 2009. – 153 с.

Усиление роли системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в Восточной Европе и Центральной Азии. Сборник материалов. UNFPA-WAVE, Вена-Стамбул., 2014. - 390 с. Ресурс доступний за посиланням: <https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-RU.pdf>

16 днів протидії ґендерному насильству в Україні. ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЮЛЕТЕНЬ. – Київ. – 2015. С.6. Ресурс доступний за посиланням: http://un.org.ua/images/documents/3736/Factsheet_16%20Days_Ukr

pdf

Addressing violence against women and HIV/AIDS: What works?, WHO, UNAIDS (2010). Ресурс доступний за посиланням: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44378/9789241599863_eng.pdf;jsession-id=BC6BF9EE4E20BB03D171A42D038ABF88?sequence=1

Addressing violence against women in HIV testing and counselling: Strategies and recommendations. Meeting Report, WHO, Geneva (2006). Ресурс доступний за посиланням: https://www.who.int/gender/documents/VCT_addressing_violence.pdf

Sexual Violence and HIV, A Technical Assistance Guide for Victim Service Providers, NSVRC (2008). Ресурс доступний за посиланням: https://www.nsvrc.org/sites/default/files/2012-04/Publications_NSVRC_Guides_Sexual-Violence-and-HIV_A-Technical-Assistance-Guide-for-Victim-Service-Providers_0.pdf

UNAIDS: UNAIDS Action Framework – Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People, Geneva (2009). Ресурс доступний за посиланням: https://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf

ДОДАТОК 1

План-алгоритм передтестового консультування на ВІЛ²²

Створення сприятливої атмосфери і психологічного контакту		
1. Вітання, знайомство	2. Встановлення контакту	3. Конфіденційність
Інформування про ДКТ та ВІЛ/СНІД		
4. Чи тестувалися на ВІЛ раніше? Чи проводилося консультування? З'ясування та корекція знань про ВІЛ, шляхи передачі та профілактику, розуміння різниці між поняттями «ВІЛ» та «СНІД».		
5. Етапи ДКТ. Інформація про процедуру тестування і консультування; можливість анонімного обстеження. Значення позитивного, негативного, невизначеного результатів. Період «вікна».		
6. Отримання зворотнього зв'язку (що думає особа про ВІЛ, шляхи передачі та можливостей профілактики після надання їй інформації).		
Оцінка індивідуального ризику інфікування		
7. Причини звернення. З'ясування всіх можливих ризиків особи відносно інфікування ВІЛ. Коли був останній ризикований епізод?		
8. Допомога у складанні особистого плану зміни поведінки у бік більш безпечної. Хто може підтримати особу у реалізації цих змін?		
9. Переваги ДКТ на ВІЛ для партнера.		
Переваги і наслідки знання про ВІЛ-статус		
10. Інформування про життя людей з ВІЛ. Права і обов'язки. АРВ-терапія – можливість і доступність, безкоштовність лікування. Можливості профілактики ВІЛ від матері до дитини.		
11. Оцінка можливої реакції на повідомлення про негативний/позитивний результат тесту.		
12. План поведінки на період очікування. З'ясування джерел підтримки. Інформація про медичні, соціальні, психологічні, правові послуги, ГО тощо.		
З'ясування рішення про тестування		
Згода	Відмова	
13. Заповнення інформованої згоди. Проведення тестування.	14. Можливість отримання додаткового консультаування з питань ВІЛ для особи та її партнера у майбутньому.	
Підведення підсумків		
15. Відповіді на запитання особи	16. Час і місце майбутньої зустрічі	

! Зверніть увагу на необхідність зворотнього зв'язку з особою у кожному блоці консультування

²² Тут і далі плани-алгоритми підготовлені на основі публікації Тренінг «Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ уязвимых групп населения». Методическое пособие для тренера. – К., 2009. – 153 с.

ДОДАТОК 2

План-алгоритм післятестового консультування на ВІЛ при негативному результаті

Створення сприятливої атмосфери і психологічного контакту	
1. Відновлення контакту	2. Конфіденційність
Повідомлення про негативний результат тесту	
3. З'ясувати розуміння особою значення негативного результату.	
4. Інформація й обговорення періоду «вікна». За наявності ризикованої поведінки – пропозиція провести повторне тестування з урахуванням дати останнього ризикованого контакту.	
Обговорення плану зниження ризику інфікування	
5. Що можна змінити в житті, щоб зменшити ризик? Розробка плану зниження ризику інфікування у поведінці. Чи є якісь перешкоди?	
6. Рольова гра з формування навичок (за бажанням особи).	
Визначення джерел підтримки	
7. Хто може підтримати у процесі зміни поведінки?	
8. Інформація про медичні, соціальні, психологічні, юридичні служби, ГО тощо. Перелік послуг, контактні телефони, адреси, графік роботи.	
9. Консультант пропонує свою допомогу, надає контактний телефон і графік роботи.	
Повідомлення партнеру про результат і корекція стосунків з ним	
10. Інформування партнера/-ів/близьких про свій результат. Чи є якісь перешкоди?	
11. Переваги ДКТ на ВІЛ для партнера/-ів. Пропозиція запросити партнера/-ів на ДКТ.	
12. Рольова гра (за бажанням особи).	
Підведення підсумків	
13. Відповіді на питання особи. Видача інформаційних матеріалів та засобів захисту.	14. Призначення часу і місця майбутньої зустрічі (за необхідності)

! Зверніть увагу на необхідність зворотнього зв'язку з особою у кожному блоці консультування

ДОДАТОК 3

План-алгоритм післятестового консультування на ВІЛ при позитивному результаті

Створення сприятливої атмосфери і психологічного контакту	
1. Відновлення контакту	2. Конфіденційність
Повідомлення про позитивний результат тесту	
3. З'ясувати розуміння особою значення позитивного результату.	
4. Надання особі можливості усвідомити результат, висловити свої почуття й емоції.	
5. Обговорення життя з ВІЛ. Питання і відповіді.	
Визначення джерел підтримки і направлення	
6. Хто може підтримати? Запропонувати звернутися до груп підтримки, надати контактну інформацію.	
7. Необхідність поглибленого медичного обстеження і нагляду у СНІД-Центрі та інших закладах охорони здоров'я. Доцільність інформування медпрацівників про свій ВІЛ-статус. Перенаправлення і надання координат медичних закладів і графіку їх роботи.	
8. Планування життя на найближчі декілька днів. Оцінка психологічного стану особи – «внутрішнє» перенаправлення до спеціаліста.	
Повідомлення партнеру/-ам про результат і корекція стосунків з ним	
9. Розкриття партнеру/-ам свого ВІЛ-статусу. Як захистити партнера/-ів/близьких осіб від можливого інфікування?	
10. Направлення партнера/-ів на ДКТ. Рольова гра (за бажанням особи).	
Права й обов'язки ВІЛ-інфікованих	
11. Необхідність дотримання профілактичних заходів (згідно із законодавством України). Повідомлення про свій ВІЛ-статус. Доречність.	
Підведення підсумків	
12. Інформація про медичні, соціальні, психологічні, юридичні служби, ГО тощо. Перелік послуг, контактні телефони, адреси, графік роботи.	
13. Консультант пропонує свою допомогу, надає контактний телефон і графік роботи.	

! Зверніть увагу на необхідність зворотнього зв'язку з особою у кожному блоці консультування

ДОДАТОК 4

Короткий зміст індивідуального передтестового консультування – рекомендації консультанту:

Етапи	Опис дій
Знайомство, встановлення контакту і введення в зміст консультування	Представитись. Пояснити: - добровільність, конфіденційність і безоплатність тестування, - процедуру консультування і тестування. Уточнити, що відомо про ВІЛ / СНІД в цілому, про шляхи передачі та надати інформацію, якої бракує, скоригувати помилкові уявлення.
Оцінка індивідуального ризику	Обговорити ризиковану в контексті інфікування поведінку особи.
Розробка шляхів зниження ризику	Скласти індивідуальний план зниження ризику інфікування та профілактики передачі ВІЛ. Перенаправити особу (при необхідності) до медичних, психологічних, соціальних, юридичних та інших служб. Повідомити про додаткові джерела отримання інформації та консультацій з питань ВІЛ/СНІДу.
Ухвалення рішення про проходження тесту на ВІЛ	Обговорити переваги знання свого ВІЛ статусу. Надати особі час для обмірковування та оцінити її готовність пройти тестування. Отримати згоду на проходження тесту на ВІЛ або прийняти відмову. У разі згоди – запропонувати заповнити бланк інформованої згоди на проходження тесту на ВІЛ і провести процедуру тестування.
Призначення часу і місця наступної зустрічі	Наголосити на важливості післятестового консультування. При відмові від тестування – запропонувати звертатися з питаннями або уточненнями, якщо такі виникнуть згодом, із зазначенням часу роботи консультанта.

ДОДАТОК 5

Короткий зміст основних етапів післятестового консультування – рекомендації консультанту:

Етапи	Опис дій
Відновлення контакту	Привітати. Уточнити, чи готова особа отримати результат. Нагадати про конфіденційність при консультуванні.
Повідомлення результату тесту	Просто і емоційно нейтрально повідомити результат тесту. Дочекатися усвідомлення отриманої інформації. Переконатися, що особа правильно зрозуміла значення отриманого результату. Обговорити почуття особи.
Обговорення плану зниження ризику інфікування	Обговорити важливість дотримання безпечної поведінки, а при наявності ризикованої поведінки – надати допомогу в складанні плану дій зі зміни поведінки та покращення якості життя, включаючи заходи стратегії зменшення шкоди.
Повідомлення партнера	Дізнатися про наміри особи щодо повідомлення свого ВІЛ-статусу партнеру/-ам. Обговорити можливість направлення партнера/-ів, які не знають свого ВІЛ-статусу, для проходження тесту. Проговорити, яким чином особа може повідомити про свій статус і запропонувати партнеру/-ам пройти тестування.
Визначення джерел підтримки	Спільно визначити людину, яка користується довірою особи і зможе надати їй емоційну підтримку. Надати інформацію про послуги та координати організацій, які надають психосоціальну, юридичну та ін. допомогу (в т.ч. телефон «гарячої» лінії з питань ВІЛ/СНІД – 0 800 500 451) У разі позитивного результату, поінформувати про необхідність диспансерного спостереження та його переваги, надати інформацію про відповідні медичні установи. Надати інформаційні матеріали (за наявності).
Ознайомлення з правовими аспектами	У разі позитивного результату, ознайомити з положеннями Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (1992). та повідомити про необхідність дотримуватися профілактичних заходів, спрямованих на запобігання розповсюдження ВІЛ-інфекції; настання кримінальної відповідальності за свідоме інфікування ВІЛ іншої людини. Отримати письмове свідчення отримання особою згаданої інформації, заповнити необхідні форми.
Подальша взаємодія	При необхідності (негативному результаті) призначити дату наступної зустрічі для повторного тестування. Запропонувати особі звертатися для отримання консультування у подальшому.

ДОДАТОК 6

Тест для виявлення антитіл до ВІЛ^{1/2} у слині

Інструкція для застосування

Версія інструкції: 28/05/2020

Дата останнього перегляду інструкції: 2020.05.28

ПРИЗНАЧЕННЯ

Тест для виявлення антитіл до ВІЛ^{1/2} у слині являє собою швидкий тест для якісного визначення антитіл до ВІЛ 1/2 у слині людини при визначеному пороговому рівні.

Тільки для діагностики *in vitro*. Тільки для використання медичними працівниками.

КОРОТКИЙ ОПИС

ВІЛ (вірус імунодефіциту людини) є збудником СНІДу (синдрому набутого імунодефіциту). ВІЛ належить до сімейства ретровірусів роду лентівірусів, і поділений на дві групи ВІЛ-1 і ВІЛ-2. ВІЛ-1 є високо мутагенним, і може бути розділений на 9 підтипів за мутаціями мембранного білка (А, В, С, D, Е, F, G, Н і О). ВІЛ-2 має 60% нуклеотидних кислот, гомологічних з ВІЛ-1, але вони відрізняються за своєю здатністю інфікувати, ВІЛ-1 є переважаючим штамом вірусу. Після зараження він швидко мутує і має поганий прогноз. ВІЛ-2 має довший латентний період, і відносно слабкіший у своєму патогенезі.

ПРИНЦИП

Тест для виявлення антитіл до ВІЛ^{1/2} у слині являє собою швидкий імунохроматографічний тест для візуального визначення антитіл до ВІЛ у зразках слини у рамках діагностики ВІЛ-інфекції.

У віконці результату наявні дві вкриті лінії. Одна з них – це тест-смужка (Т), вкрита рекомбінантними антигенами ВІЛ-1 gp41 і ВІЛ-2 gp36, інша – це контрольна смужка (С), вкрита антикролячим IgG кози. При додаванні зразка у лунку для зразка, зразок абсорбується у пристрій капілярним методом, змішується з кон'югатом антиген-барвник і протікає крізь попередньо вкриту мембрану.

Якщо рівні антитіл до ВІЛ дорівнюють або перевищують межу визначення тесту, антитіла до ВІЛ у зразку зв'язуються з кон'югатом антитіло-барвник і захоплюються антигенами, що іммобілізовані у тестовій ділянці (Т) пристрою. Це призводить до появи кольорової тест-смужки і вказує на позитивний результат.

Якщо рівні антитіл до ВІЛ є нульовими або нижчими за межу визначення тесту, кольорова смужка у тестовій зоні (Т) пристрою не з'являється. Це вказує на негативний результат.

У якості контролю проведення процедури, у контрольній ділянці (С) з'явиться забарвлена лінія, якщо тест був проведений правильно.

ЗАПОБІЖНІ ЗАХОДИ

1. Цей набір призначений тільки для застосування *in vitro*. Не ковтати.
2. Не можна пити, їсти та курити у місцях роботи зі зразками.
3. Видаліть зубні протези перед збиранням зразка.
4. Усі зразки слід вважати потенційним джерелом інфекційних захворювань. При роботі зі зразком слід вдягати захисні рукавички. Якщо рукавички контактують зі зразком, змініть рукавички, щоб

уникнути перехресного зараження. Потурбуйтеся про утилізацію відходів, таких як тестовий пристрій і буферний розчин.

- Іктерична, ліпемічна, гемолізована, термічно оброблена і забруднена кров може спричинити отримання помилкових результатів.
- Утилізувати після першого використання. Тест не можна використовувати більше одного разу.
- Не використовуйте тестовий набір після закінчення терміну придатності.
- Не використовуйте набір, якщо упаковка пошкоджена або погано запечатана.
- Зберігати у недоступному для дітей місці.
- УТИЛІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНОГО НАБОРУ: Використаний набір є потенційно інфікованим. Процес утилізації діагностичного набору повинен відповідати вимогам місцевого законодавства щодо утилізації інфекційних матеріалів або лабораторним правилам.

КОМПЛЕКТАЦІЯ НАБОРУ

- Одна упаковка містить тест-касету, піпетку і поглинач вологи. Поглинач вологи призначений для зберігання і не використовується при проведенні тесту.
- 1 пробозабірник для взяття слини, 1 пробірка для екстракції, що містить 1 мл буферного розчину.
- Листок-вкладиш з інструкцією для застосування.

ЗБЕРІГАННЯ ТА СТАБІЛЬНІСТЬ

- Зберігати при температурі 4°C ~ 30°C у закритій упаковці до закінчення терміну придатності.
- Зберігати у місці, захищеному від сонячного світла, вологи та високої температури.
- НЕ ЗАМОРОЖУВАТИ.

ЗБИРАННЯ І ПІДГОТОВКА ЗРАЗКІВ

Повністю прочитайте листок-вкладиш перед використанням виробу. Ретельно дотримуйтеся інструкцій. Недотримання інструкцій може спричинити отримання неточних результатів тесту.

Збирання зразків

- Перед збиранням зразка, будь ласка, прополощіть рот теплою кип'яченою водою.
- Витягніть пробозабірник для взяття слини із закритої упаковки, розірвавши її по надрізу (Примітка: Перед збиранням зразку, тримайте пробозабірник за рукоятку. Не торкайся сторони для збирання зразка.).
- Обережно протріть ним уздовж верхніх і нижніх ясен повільно від одного кута рота в інший кут (рис.1), а потім протріть від верху ясен до початку кута (рис.2). Збирати таким чином слину впродовж 5 ~ 6 секунд.
- Переверніть пробозабірник для слини (рис.3).
- Протріть нижню лінію ясен від одного кута рота, і до кінця іншого кута протилежним боком пробозабірника (Рис.4), потім протріть від нижньої лінії ясен до початку кута (рис.5). Продовжуйте протягом 5 ~ 6 секунд.

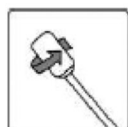
1



2



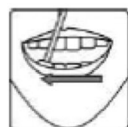
3



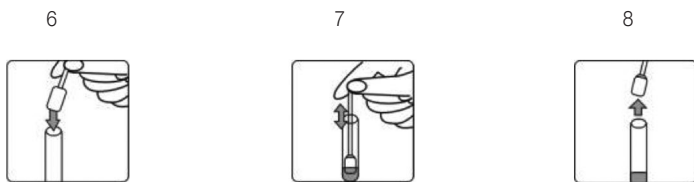
4



5



1. Вставте пробозабірник для збирання слини в пробірку для екстракції, що містить 1 мл буферного розчину (рис.6).
2. Стисніть ручку пробозабірника для слини і занурте сторону для збирання зразка у буфер. Підніміть і опустіть вниз 6 ~ 8 разів, притискаючи пробозабірник до внутрішньої стінки пробірки для екстракції (рис.7). Витягніть пробозабірник із пробірки для екстракції (рис.8).



Примітка: Тест слід проводити впродовж однієї години після збирання зразків. Не залишайте зразки при кімнатній температурі протягом тривалого періоду часу.

ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ТЕСТУ

Перед проведенням тесту доведіть пристрій і зразок до кімнатної температури (10°C~30°C).

1. Витягніть тестовий пристрій з упаковки із фольги, надірвавши по лінії відриву, і помістіть його на рівну поверхню.
2. Тримавши піпетку вертикально, додайте чотири краплі (80мкл) приготованого зразка у лунку для зразка (рис. 9 та 10).
3. Зачекайте 15 хвилин і оцініть результати. **Не інтерпретувати результати тесту після 30 хвилин.**



ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Позитивний (+)

Кольорові смужки візуалізуються і в контрольній ділянці, і в тестовій ділянці. Позитивний результат вказує на наявність антитіл до ВІЛ1/2 у концентрації, яка дорівнює або вище межі визначення тесту.

Негативний (-)

Кольорова смужка візуалізується у контрольній ділянці. У тестовій ділянці кольорова смужка відсутня. Це вказує на те, що концентрація антитіл до ВІЛ1/2 дорівнює нулю або є нижчою за межу визначення тесту.

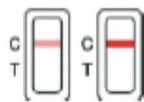
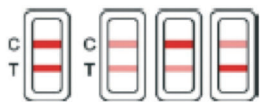
Недійсний

Смужки не візуалізуються взагалі, або смужка візуалізується тільки у тестовій ділянці, а в контрольній ділянці - відсутня. Повторіть тест з використанням нового тестового набору. Якщо провести тест знову не вдається, зверніться, будь-ласка, до дистриб'ютора або в магазин, де Ви придбали виріб, і повідомте номер партії.

Позитивний

Негативний

Недійсний



Примітка: Інтенсивність забарвлення та ширина смужки не мають значення.

КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ

Незважаючи на наявність внутрішньої процедури контролю у вигляді смужки в контрольній ділянці пристрою, в якості належної лабораторної практики, рекомендується використання зовнішніх засобів контролю для підтвердження результатів аналізу і перевірки правильності виконання тесту.

ОБМЕЖЕННЯ ПРОЦЕДУРИ

1. Даний тест був розроблений тільки для тестування зразків слини та ясенної рідини. Проведення цього тесту з використанням інших зразків не було обґрунтовано.
2. Тест слід використовувати відповідно до цих інструкцій для отримання точного результату.
3. Зразки слини слід збирати, як описано у процедурі проведення тесту.
4. Цей тест представляє собою якісний скринінговий аналіз. Він не призначений для визначення кількісних значень концентрації антитіл до ВІЛ.
5. Інтенсивність забарвлення тестової лінії не обов'язково корелює з кількістю антитіл до ВІЛ у зразку.
6. Якщо червоний фон ускладнює оцінку результатів на 15-й хвилині, почекайте, доки фон не зникне, щоб оцінити результат (але не більше ніж через 30 хвилин після початку тесту).
7. Негативний результат не виключає інфікування ВІЛ, тому що антитіла до ВІЛ можуть бути відсутніми або можуть бути присутні в недостатній кількості, щоб виявлятися на ранній стадії інфекції.
8. Висновок про позитивний результат повинен робити лікар після оцінки всіх клінічних та лабораторних даних.

ТЕХНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ

А. Чутливість та специфічність

Загалом було проведено дослідження 1183 зразків, у тому числі 514 зразків, які були ВІЛ-позитивними; 669 зразків, які були ВІЛ-негативними (у тому числі 85 HBV-позитивних зразків, 33 HCV-позитивних зразків, 20 сифіліс-позитивних зразків і 10 зразків з позитивним ревматоїдним фактором). Дослідження цих зразків для порівняння результатів проводили за допомогою тесту Aware™ на ВІЛ1/2 по слині (методом колоїдного золота) і тесту Wondfo® для виявлення антитіл до ВІЛ_{1/2} у слині. Результати були наступними:

Результати		Тест для виявлення антитіл до ВІЛ _{1/2} у слині		
		Позитивні	Негативні	Всього
Тест Aware™ на ВІЛ1/2 по слині	Позитивні	505	2	507
	Негативні	0	676	676
	Всього	505	678	1183

При порівнянні тесту для виявлення антитіл до ВІЛ_{1/2} у слині та тесту Aware™ на ВІЛ1/2 по слині (методом колоїдного золота) результати чутливості становили 99,61% (505/507), специфічності - 100% (676/676) для тесту Wondfo® для виявлення антитіл до ВІЛ_{1/2} у слині.

В. Точність

1. Внутрішньосерійна точність була визначена з використанням 10 копій чотирьох різних зразків, що містили різну концентрацію антитіл до ВІЛ. Негативні і позитивні значення були правильно визначені у 100% випадків.
2. Міжсерійна точність була визначена з використанням 3 різних партій тестових пристроїв, за допомогою яких досліджували чотири різні зразки, що містили різні концентрації антитіл до ВІЛ. Негативні і позитивні результати були правильно визначені у 100% випадків.

УМОВНІ ПОЗНАЧЕННЯ



ДАТА ВИГОТОВЛЕННЯ



НОМЕР ЗА КАТАЛОГОМ



ВИКОРИСТАТИ ДО



Зберігати у сухому місці



ОЗНАЙОМЛЕННЯ З ІНСТРУКЦІЯМИ
ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ



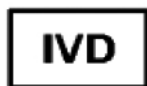
КОД ПАРТІЇ



ЗАСТОРОГА! ОЗНАЙОМИТИСЯ ІЗ
СУПРОВІДНИМИ ДОКУМЕНТАМИ



Зберігати подалі від тепла



МЕДИЧНИЙ ВИРІБ ДЛЯ
ДІАГНОСТИКИ IN VITRO



Повторно використовувати
ЗАБОРОНЕНО



ТЕМПЕРАТУРНЕ ОБМЕЖЕННЯ

ДОДАТОК 7

Контактні дані регіональних СНІД-центрів

№ з/п	Область/регіон	Повна назва відповідно до установчих документів	Адреса	Номер телефону	Електронна адреса
1	Вінницька	Комунальне некомерційне підприємство "Вінницький обласний клінічний центр профілактики та боротьби зі СНІДом Вінницької обласної ради"	Вінницька обл., Вінницький р-н, селище Березина, 5-й км Барського шосе, "Медмістечко"	(0432) 56 6405	aids.center.vin@ukr.net
2	Волинська	Комунальне некомерційне підприємство "Волинська обласна інфекційна лікарня" Волинської обласної ради. Структурний підрозділ підприємства: Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом.	м. Луцьк, проспект Воли, 1А	(0332) 74 7384	aidslutsk@ukr.net
3	Дніпропетровська	Комунальне некомерційне підприємство "Дніпропетровський обласний центр соціально значущих хвороб Дніпропетровської обласної ради"	м. Дніпро, вул. Бехтерева, 1	(056) 756 8600	dneproblaisd@gmail.com
4	Донецька	Комунальне некомерційне підприємство "Донецький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом"	м. Слов'янськ, вул. Ярослава Мудрого, 13	(06262) 20 110 (050) 423 1263	aidsdonobl@ukr.net
5	Житомирська	Комунальне некомерційне підприємство "Обласний медичний спеціалізований центр" Житомирської обласної ради	м. Житомир, вул. Покровська, 28	(0412) 34 5509	narkozt@i.ua
6	Закарпатська	Комунальне некомерційне підприємство "Закарпатський обласний центр громадського здоров'я" Закарпатської обласної ради	м. Ужгород, вул. Другетів, 72	(0312) 61 7647	aids-zak@ukr.net
7	Запорізька	Відділення "Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом", Комунальне некомерційне підприємство "Обласна інфекційна клінічна лікарня" Запорізької обласної ради	м. Запоріжжя, бул. Гвардійський, 142	(061) 280 4167	oikb.adm@i.ua
8	Івано-Франківська	Комунальне некомерційне підприємство "Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня Івано-Франківської обласної ради"	м. Івано-Франківськ, вул. Гетьмана Сагайдачного, 66	(0342) 50 4906	ifokil@gmail.com
9	Київська	Комунальне некомерційне підприємство Київської обласної ради "Київський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДОМ"	м. Київ, вул. Герцена, 31	(044) 483 0545	Kocms-ekon@ukr.net
10	м. Київ	Комунальне некомерційне підприємство "Київська міська клінічна лікарня №5" виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)	м. Київ, вул. Відпочинку, 11	(044) 450 8255	mail@kmmk15.org.ua
11	Кіровоградська	Комунальне некомерційне підприємство "Кіровоградський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом Кіровоградської обласної ради"	м. Кропивницький, вул. Комарова, 1	(0522) 37 0188	kirovogradspid@ukr.net

№ з/п	Область/регіон	Повна назва відповідно до установчих документів	Адреса	Номер телефону	Електронна адреса
12	*Луганська	Комунальне некомерційне підприємство Луганської обласної ради "Луганський обласний медичний центр соціально небезпечних інфекційних хвороб"	м. Северодонецьк, вул. Сметаніна, 5	(06452) 48 011	lrtbd@ukr.net
13	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради "Львівський обласний центр громадського здоров'я"	м. Львів, вул. Лисенка, 45	(032) 275 2596	lvivpublichealth@gmail.com
14	Миколаївська	Комунальне некомерційне підприємство "Миколаївський обласний центр паліативної допомоги та інтегрованих послуг" Миколаївської обласної ради	м. Миколаїв, вул. Потьомкінська, 138-Б	(0512) 48 9719	mocpdip@ukr.net, larkolom@i.ua
15	Одеська	Комунальне некомерційне підприємство "Одеський обласний центр соціально значущих хвороб" Одеської обласної ради»	м. Одеса, вул. Леонтовича, 9/11	(048) 722 0505 (048) 722 3732	odsochvorob@gmail.com
16	Полтавська	Комунальне підприємство "Полтавський обласний Центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом Полтавської обласної ради"	м. Полтава, пров. Госпітальний, 5	(532) 60 6037	info @aids.poltava.ua
17	Рівненська	Комунальне підприємство "Обласний центр громадського здоров'я" Рівненської обласної ради	м. Рівне, вул. 16-го Липня, 38	(0362) 26 8401	rivne.phc@gmail.com, aids.rivne19@gmail.com
18	Сумська	Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради "Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань"	м. Суми, вул. Білопільський шлях, 22	(0542) 70 1972	narkosumy@ukr.net
19	Тернопільська	Комунальне некомерційне підприємство "Тернопільський обласний медичний центр соціально небезпечних захворювань" Тернопільської обласної ради	м. Тернопіль, вул. Тролейбусна, 14	(0352) 43 6147	narco_st@ukr.net
20	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради "Обласний клінічний центр профілактики і боротьби зі СНІДом"	м. Харків, вул. Боротьби, 6	(057) 392 2983	aidsic@ukr.net
21	Херсонська	Комунальне некомерційне підприємство "Херсонська обласна інфекційна лікарня імені Г.І.Горбачевського"	м. Херсон, проїзд Береговий, 3	(055) 237 2582	infik @i.ua
22	Хмельницька	Комунальне некомерційне підприємство "Хмельницький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом" Хмельницької обласної ради	м. Хмельницький, вул. Сковороди, 17	(0382) 67 2723	hm.aidscentr@ukr.net
23	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство "Черкаський обласний центр громадського здоров'я Черкаської обласної ради"	м. Черкаси, вул. Нечуя-Левицького, 22	(0472) 64 9182	cherkasy@phc.ck.ua, irina-bilous@ukr.net
24	Чернівецька	Обласне комунальне некомерційне підприємство "Чернівецький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом"	м. Чернівці, вул. Мусоргського, 2	(0372) 54 1896	cv_aids@ukr.net

* станом на травень 2023р. Центр у місті Северодонецьк не працює, Луганська область окупована.

№ з/п	Область/регіон	Повна назва відповідно до установчих документів	Адреса	Номер телефону	Електронна адреса
25	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство "Чернігівський обласний медичний центр соціально значущих та небезпечних хвороб" Чернігівської обласної ради	м. Чернігів, вул. Івана Мазепи 3	(0462) 65 3334	obl tub@ukr.net

Особливості консультування та експрес- тестування на ВІЛ осіб, які постраждали від домашнього насильства

посібник для працівників
спеціалізованих служб
підтримки