

В. С. Гойдик, Л. І. Ковтунович, Н. С. Гойдик, В. В. Шухтін, С. Г. Котюжинська*

Комунальна установа “Одеський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом”, 65031 Одеса

**Одеський національний медичний університет МОЗ України, 65082 Одеса*

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ У БОРОТБІ З ЕПІДЕМІЄЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

(Представлено чл.-кор. НАМН України М. А. Андрейчиним)

Наведено огляд поточного стану боротьби з ВІЛ-інфекцією в Одеській області та шляхів подолання ситуації, що склалася. Найбільш ефективним виявлення ВІЛ-інфікованих буде проведення консультування і тестування та первинного обстеження на ВІЛ з подальшим спрямуванням осіб з позитивним результатом до спеціалізованих центрів. Робота у кабінетах “Довіра” і на сайтах має бути основним місцем праці підготованих висококваліфікованих лікарів-інфекціоністів з поглибленими знаннями проблеми ВІЛ-інфекції з достатньою фінансовою вмотивованістю, що збільшить зацікавленість у результатах роботи, і, відповідно, пришвидчить досягнення намічених контрольних точок.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, СНІД, профілактика, захворюваність, АРТ.

Проблема боротьби з ВІЛ-інфекцією, переживши кілька витків обнадійливих новин і повернення до реальності, залишається одним із найактуальніших питань сучасної інфектології [11, 27]. Загальна кількість людей, інфікованих ВІЛ, за різними даними, оцінюється у 71-87 млн осіб, половина з яких померла. Особливо гострою є ситуація у нашій країні, попри тривалий час, який минув від виявлення перших випадків захворювання, зафіксованих у 1987 році. З того часу темпи захворюваності ростуть, особливо швидко з 1995 року, коли стали масово реєструватися випадки інфікування серед споживачів ін’єкційних наркотиків. У 1992 р. було впроваджено Першу Національну програму профілактики СНІД в Україні на 1992-1994 рр., з того часу керування заходами протидії епідемії стало здійснюватися на державному рівні. Тривалий час

головні надії покладалися на застосування препаратів антиретровірусної терапії, адже досвід інших країн свідчив, що завдяки своєчасному призначенню препаратів можна запобігти подальшому розповсюдженню ВІЛ, знизити основні епідеміологічні показники — захворюваність на ВІЛ, захворюваність і смертність від СНІДу, поширеність ВІЛ-інфекції [14, 28, 32]. Так, у Європі від 1994 р. по 1998 р. як наслідок широкого впровадження АРТ захворюваність на СНІД знизилась більш, ніж у 10 разів: із 30,7 % до 2,5 % [3]. Загалом у світі лікування від ВІЛ-інфекції отримують понад 15 млн осіб, а кількість ВІЛ-інфікованих дітей сягнула 3,3 млн. При цьому, завдяки вжитим заходам, кількість нових випадків інфікування зменшено на 58 % серед дітей і на 35 % у дорослих, попереджено 30 млн випадків інфікування і 7,8 млн смертей від

Одеський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом

В. В. Шухтін — головний лікар, професор кафедри дерматології та венерології Одеського національного медичного університету, д.м.н.

Стационарне відділення

В. С. Гойдик — зав. відділенням, д.м.н. (doktorvictor@ukr.net)

Н. С. Гойдик — лікар-інфекціоніст

Л. І. Ковтунович — зав. поліклінічним відділенням

С. Г. Котюжинська — професор кафедри загальної і клінічної патологічної фізіології Одеського національного медичного університету, д.м.н.

© В. С. Гойдик, Л. І. Ковтунович, Н. С. Гойдик, В. В. Шухтін, С. Г. Котюжинська, 2016.

СНІДу. Проте за оціночними даними Об'єднаної програми ООН боротьби з ВІЛ/СНІД'ом (ЮНЕЙДС — UNAIDS — *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*), темпи залучення до лікування відстають від темпів приросту епідеміологічних показників, особливо у країнах Східної Європи та Центральної Азії.

Навіть у країнах з тривалою історією впровадження високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) залишається значна кількість соціальних і психологічних проблем [23, 33, 37]. Встановлено, що існує залежність між зростанням рівня ВІЛ-інфікованих і погіршенням економічних показників [34, 41]. Також показано, що недостатнє фінансування, відсутність доступу до медичної допомоги і стигматизація суспільства є важливими чинниками у зростанні кількості ВІЛ-інфікованих [14, 24, 25, 30]. Аналогічні проблеми у нашій країні заважають залученню максимальної кількості пацієнтів до лікування.

Оптимальним варіантом у боротьбі з подальшим поширенням епідемії було б виявлення, обстеження і лікування всіх осіб, які мають ВІЛ. Проте у реальності ситуація далека від ідеалу, і лікарі зазвичай оперують двома категоріями даних — офіційними та оціночними, які на основі інформації про поширення епідпроцесу визначаються світовими організаціями (ВООЗ і ЮНЕЙДС). Тому основною метою роботи служби з профілактики та боротьби зі СНІДом є надання допомоги і залучення до АРТ такої кількості пацієнтів, яка б максимально наближалася до оціночних даних [1, 5].

Важливою частиною у загальному процесі є інформаційно-роз'яснювальна робота серед населення стосовно можливостей запобігання передачі ВІЛ, особливо серед груп з ризикованою поведінкою [8]. Для цього розробляється комплекс заходів, узгоджених із загальнодержавною програмою протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 рр. Однак і попередні програми розроблялися із урахуванням світового досвіду та рекомендацій міжнародних експертів. Проте найкращий результат, якого вдалося досягнути — це деяке зниження темпів приросту епідемічних показників [1]. Протягом 2014 р., попри досягнення практично всіх цільових показників, не відбулося зниження ні захворюваності на СНІД, ні смертності, як це передбачалося раніше [6].

Також з'ясовано, що у значній кількості випадків вірусологічної неефективності АРТ (РНК ВІЛ ≥ 1000 коп./мл), має місце низька прихильність до лікування [9]. Таким чином, можна зробити висновок про наявність прогалин у комплексному підході, коли теоретично ефективні заходи на практиці виявляються недостатньо дієвими [10].

Дані світової літератури свідчать, що проблема переривання АРТ, на жаль, стає все більш актуальною і для країн з більшим досвідом лікування ВІЛ-позитивних пацієнтів. Головним чинником вирішення питання дослідники вважають роботу над особистою мотивацією, ранні діагностику і початок лікування [16, 20, 21]. У країнах із обмеженими ресурсами гостро стоїть питання доступу до якісного обстеження [19]. Проте саме ранній початок лікування (незалежно від кількості CD4-T-лімфоцитів) визнається найбільш дієвим у зменшенні ризику статевої передачі ВІЛ (до 96 %), а також зниженні імовірності розвитку опортуністичних інфекцій, у тому числі, легеневого і позалегового туберкульозу [17, 26, 39]. Також існують дані про те, що раннє призначення АРТ зменшує ризик розвитку не лише ВІЛ-асоційованих захворювань, але й злоякісних новоутворень, частка яких вища серед ВІЛ-інфікованих [13]. Тому сучасні світові рекомендації базуються на призначенні АРТ одразу при виявленні хвороби (“лікування як профілактика”, “лікувати всіх”), обстеженні контактних осіб і подальшому спостереженні за їх станом здоров'я, а також розширенні показів до обстеження для якомога більш повного контролю над епідемією (“тестування як профілактика”), хоча повної єдності у науковій світовій спільноті у даному питанні немає [12, 22, 35]. Також важливе місце надається роботі зі зменшення ризикованої поведінки, соціальному супроводу, пропагуванню використання бар'єрних засобів контрацепції, тобто, комбінованому підходу у профілактиці ВІЛ із чільною роллю АРТ [15, 36, 38]. Новим напрямом у роботі з дискордантними парами (особами груп високого ризику інфікування ВІЛ), який активно досліджується у останні роки, є профілактичне приймання АРТ неінфікованим партнером, у тому числі, при плануванні вагітності [29, 31, 40, 42].

Основною метою для країн, що борються з епідемією ВІЛ-інфекції, є досягнення стратегічних цілей ЮНЕЙДС, завдяки яким до 2020 р. 90 % людей, які живуть з ВІЛ, знатимуть про свій статус, із них 90 % прийматимуть АРТ і у 90 % буде пригнічене вірусне навантаження. Це дасть змогу подолати епідемію до 2030 р. [4, 18]. Нагадаємо, що йдеться про оціночні дані, згідно з якими станом на 2014 р. в Одеській області проживало 37 980 ВІЛ-позитивних осіб. У дійсності із 18102 пацієнтів, що перебували на обліку (48 % оціночної кількості) 7128 (54 % осіб, які заходяться на диспансерному обліку) потребували АРТ, із них 6744 (18 % оціночної кількості) її отримували. 5282 (77 % осіб, які знаходяться на диспансерному обліку і 14 % оціночної кількості) мали пригнічене вірусне навантаження, тоді як за оціночними даними їх мало б бути 27 687.

В цілому в країні ситуація не краща — з 232 793 осіб, які, за оціночними даними, мають ВІЛ, про свій статус знають 137970, тоді як 90 % оціночної кількості становить 209 514 осіб, АРТ отримують 66 409 пацієнтів (90 % оціночної кількості – 188 563), пригнічене вірусне навантаження мають 51 932, коли очікувана кількість має становити 169 707 (за даними Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України). Важливе значення має те, що значна частина хворих звертається за медичною допомогою у за давнених випадках, коли рівень CD4-T-лімфоцитів становить менше 350 клітин/мкл. У 2014 р. частка таких хворих становила 45,8 %. Зусилля спеціалістів центрів профілактики та боротьби зі СНІДом є явно недостатніми, про що свідчить підвищення рівня епідемічних показників незважаючи на значне збільшення кількості пацієнтів, які отримують АРТ. Стає зрозумілим, що необхідно підвищувати ефективність заходів, інакше заявлені цілі залишаться недосяжними.

Наступна таблиця показує співвідношення кількості ВІЛ-позитивних осіб, що знаходяться на обліку у Одеському обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом (ОЦПБ СНІД) від 2006 р. по 2015 р. Можна бачити, що частка осіб, які отримують АРТ, за 10 років зростає у 5,3 рази.

ВІЛ-позитивні, які знаходяться на обліку і ті, хто отримують АРТ в ОЦПБ СНІД

Рік	Загальна кількість, абс.	Отримують АРТ, абс. (%)
2006	8820	673 (7,6)
2007	9905	1003 (10,1)
2008	10821	1272 (11,8)
2009	11204	1679 (15,0)
2010	12395	2053 (16,6)
2011	13302	2715 (20,4)
2012	14583	3987 (27,3)
2013	16400	5142 (31,4)
2014	18102	6744 (37,3)
2015	19550	7918 (40,5)

У 2015 р. у Одеській області продовжилася робота з покращання наявних результатів. Так, із 3415 осіб з позитивним результатом обстеження на ВІЛ-інфекцію було взято на облік 2462 ВІЛ-інфікованих (72,1 %), усього на обліку знаходиться 19 550 осіб, протягом року від СНІДу померло 326.

Враховуючи тяжку епідемічну ситуацію, Одеська область стала одним із шести регіонів, де з 2015 р. розпочато впровадження п'ятирічного проєкту USAID RESPOND. Основною його метою є допомога системі охорони здоров'я щодо зменшення

темтів розповсюдження ВІЛ-інфекції серед представників груп найвищого ризику [2]. Спільними зусиллями було визначено основні напрями подальшої роботи, що спрямовані на зменшення частки людей, які не охоплені послугами з профілактики та лікування ВІЛ. У першу чергу було зроблено акцент на підвищенні ефективності використання даних, стратегічному плануванні та взаємодії між окремими ланками надавачів послуг ВІЛ-інфікованим. Також важливим завданням є залучення максимальної кількості пацієнтів із груп найвищого ризику, у першу чергу, споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), до регулярного прийому АРТ. На теперішній час у ОЦПБ СНІД лише 27 % СІН, які перебувають на диспансерному обліку, отримують АРТ, відповідно, кількість осіб, яким необхідно призначити АРТ, становить ще 3864. Ця цифра показує масштаби проблеми, що постає перед лікарями, адже крім уже взятих на облік, одночасно з'являтимуться нові пацієнти, які також потребуватимуть допомоги. Важливим елементом цієї програми є також робота із статевими партнерами ВІЛ-позитивних пацієнтів, тому що за останніми даними, у Одеській області у структурі шляхів передачі ВІЛ-інфекції основним є статевий (гомо- та гетеросексуальний), на який припадає 54 %.

Завдяки впровадженню в діяльність ЛПЗ області тестування на ВІЛ двома швидкими тестами та забезпеченням післятестового консультування планується у 2016 р. досягти показника у 60 % людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), які знають свій статус. Для цього необхідно, щоб до- і післятестове консультування, а також безпосередньо скерування на обстеження проводило якомога більше спеціалістів на місцях, у першу чергу сімейних лікарів, а вже обстежених осіб з позитивним результатом спрямовували у спеціалізовані центри [7]. Це дасть змогу зменшити втрати пацієнтів, яких направляють у кабінети "Довіра" для консультування і тестування (KiT) і куди вони у багатьох випадках не з'являються з низки причин, серед яких першочерговими є страх перед розкриттям статусу і недовіра до місцевих лікарів, а також невисока зацікавленість самих медичних працівників, які найчастіше працюють за сумісництвом і мають іншу основну спеціальність. Про актуальність цієї ланки роботи свідчить той факт, що у 2014 р. 87 % нових випадків із II та IV клінічними стадіями ВІЛ становили мешканці сільської місцевості.

Також необхідно підвищити контроль і рівень відповідальності тих спеціалістів, які переадресовують пацієнтів з первинним позитивним результатом до спеціалізованих центрів для постановки на диспансерний облік, і збільшити роль зворотного зв'язку та додаткового дублювання даних

щодо направлених до спеціалізованих структур пацієнтів. Для цього всі додатково навчені основам КіТ мають мати розроблений маршрут пацієнта і локальний протокол, забезпечити якими мають спеціалісти обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом. Це дозволить досягти наступного проміжного результату — 70 % осіб, які мають ВІЛ-позитивний статус, мають перебувати на диспансерному обліку в установах служби СНІДу.

Наступним кроком у досягненні стратегічних цілей має стати збільшення доступу до АРТ. Першочергова мета — протягом наступного року досягти показника у 72 % ЛЖВ (у т. ч. СІН), які отримуватимуть АРТ. Основні надії покладаються на два шляхи — наближення кваліфікованої допомоги до пацієнта, тобто обстеження згідно з протоколом, у тому числі визначення рівня CD4-T-лімфоцитів та вірусного навантаження (ВН) і призначення АРТ безпосередньо на сайтах (філіалах кабінетів “Довіра”) і безперервний супровід соціальними працівниками неурядових організацій. На цьому етапі важливим є активне контролювання лікарем прихильності хворого до АРТ для зменшення відсотка “відривів” від лікування.

Заключною ланкою після виявлення, залучення до активної диспансерної групи і призначення АРТ є збільшення частки ЛЖВ з невизначеним ВН (≤ 40 РНК коп./мл) до 85 %. Це досить витратна частина у системі заходів, позаяк необхідно забезпе-

чити доступ усіх пацієнтів, які отримують АРТ, доступом до регулярного визначення ВН, а у разі потреби (ВН ≥ 2000 коп./мл у пацієнтів з високою прихильністю до лікування) проводити обстеження на резистентність ВІЛ до препаратів АРТ.

Висновки і пропозиції

1. Необхідно продовжити роботу з населенням, особливо з групами високого ризику, для більш ефективного виявлення ВІЛ-інфікованих, при цьому максимально швидко спрямовувати їх до служби СНІДу.
2. Недоцільно передавати весь спектр послуг з надання допомоги ВІЛ-інфікованим у загальнолікарняну мережу, бо це потребує значних витрат на додаткову перепідготовку медичного персоналу. Найбільш ефективним буде проведення консультування і тестування та первинного обстеження на ВІЛ з подальшим спрямуванням осіб з позитивним результатом до спеціалізованих центрів.
3. Робота у кабінетах “Довіра” і на сайтах має бути основним місцем роботи підготованих висококваліфікованих лікарів-інфекціоністів з поглибленими знаннями проблеми ВІЛ-інфекції з достатньою фінансовою вмотивованістю і наданням пільг (у врахуванні стажу, пенсійного віку), що збільшить зацікавленість у результатах роботи, і, відповідно, пришвидчить досягнення намічених контрольних точок.

Список використаної літератури

1. *Андрейчин М. А.* Проблема ВІЛ-інфекції в Україні і участь лікарів загальної практики — сімейної медицини в її вирішенні // Інфекційні хвороби. — 2014. — № 4. — С. 7-12.
2. *Балакірева О., Бондар Т., Грамотна Ю.* та ін. Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції // СНІДу на регіональному рівні. Практичний посібник. — Київ: Поліграф плюс, 2015. — 118 с.
3. *Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П.* Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. — М.: Р. Валент, 2012. — 528 с.
4. *ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень № 43.* — Київ, 2015. — 112 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/2b413308855aa209c676da62a8f562e9.pdf>
5. Закон України “Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу на 2014-2018 роки” // Відомості Верховної Ради України. — 2014. — № 48. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1708-18/page>
6. *Звіт про хід та результати виконання Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки за 2014 рік.* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/portal/pgrep_AIDS_2014_01.html
7. *Крисько М. О.* Щодо готовності сімейних лікарів до надання медичних послуг ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2012. — № 1. — С. 112-115.
8. *Лузанова І. М., Сергеев А. І., Калинина Е. Ю.* Правовые проблемы ВИЧ-инфицированных пациентов // Буквинський мед. вісник. — 2013. — 17, № 4. — С. 223-225.
9. *Лютьчук М. Г.* Вивчення причин вірусологічної неефективності АРТ на ранніх строках лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів // Актуальна інфектологія. — 2015. — № 1. — С. 40-44.
10. *Марієвський В. Ф., Доан С. І.* Визначення перспективних напрямків протидії ВІЛ-інфекції у сучасній епідемічній ситуації // Інфекційні хвороби. — 2013. — № 4. — С. 17-22.
11. *Супотницький М. В.* ВИЧ/СПИД-пандемия — проблема, требующая переосмысления. К 30-летию открытия вируса иммунодефицита человека // Актуальная инфектология. — 2014. — № 3. — С. 80-98.
12. *Babiker A. G., Emery S., Fätkenheuer G. et al.* Considerations in the rationale, design and methods of the

- Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) study // *Clin. Trials*. — 2013. — 10, Suppl. 1. — P. S5-S36.
13. *Borges A. H., Dubrow R., Silverberg M. J.* Factors contributing to risk for cancer among HIV-infected individuals, and evidence that earlier cART will alter this risk // *Curr. Opin. HIV AIDS*. — 2014. — № 9 (1). — P. 34-40.
 14. *Challacombe S. J.* Global oral inequalities in HIV-infection // *Oral Dis*. — 2016. — 22, Suppl. 1. — P. 35-41.
 15. *Cluver L. D., Hodes R. J., Sherr L.* et al. Social protection: potential for improving HIV outcomes among adolescents // *J. Int. AIDS Soc.* — 2015. — 18, Suppl. 6. — doi: 10.7448/IAS.18.7.20260.
 16. *Cohen M. S., McCauley M., Gamble T. R.* HIV treatment as prevention and HPTN 052 // *Curr. Opin. HIV AIDS*. — 2012. — 7, № 2. — P. 99-105.
 17. *Cohen M. S., Muessig K. E., Smith M. K.* et al. Antiviral agents and HIV prevention: controversies, conflicts, and consensus // *AIDS*. — 2012. — 26, № 13. — P. 1585-1598. (14)
 18. *Essajee S., Vojnov L., Penazzato M.* et al. Reducing mortality in HIV-infected infants and achieving the 90-90-90 target through innovative diagnosis approaches // *J. Int. AIDS Soc.* — 2015. — 18, Suppl. 6. — doi: 10.7448/IAS.18.7.20299.
 19. *Fonjongo P. N., Boeras D. I., Zeh C.* Access and quality of HIV-related point-of-care diagnostic testing in global health programs // *Clin. Infect. Dis.* — 2016. — 62, № 3. — P. 369-374.
 20. *Grant R. M., Smith D. K.* Integrating antiretroviral strategies for human immunodeficiency virus prevention: Post- and pre-exposure prophylaxis and early treatment // *Open Forum Infect. Dis.* — 2015. — 2, № 4. — doi: 10.1093/ofid/ofv126.
 21. *Gwadz M., Applegate E., Cleland C.* et al. HIV-infected individuals who delay, decline, or discontinue antiretroviral therapy: Comparing clinic- and peer-recruited cohorts // *Front. Public Health*. — 2014. — 2. — doi: 10.3389/fpubh.2014.00081.
 22. *Getahun H., Gunneberg C., Granich R.* et al. HIV infection-associated tuberculosis: the epidemiology and the response // *Clin. Infect. Dis.* — 2010. — 50. — Suppl. 3. — P. 201-207.
 23. *Hajizadeh M., Sia D., Heymann S. J., Nandi A.* Socioeconomic inequalities in HIV/AIDS prevalence in sub-Saharan African countries: evidence from the Demographic Health Surveys // *Int. J. Equity Health*. — 2014. — 13. — doi: 10.1186/1475-9276-13-18. (38)
 24. *Hrostowski S., Camp A.* The Unchecked HIV/AIDS Crisis in Mississippi // *Soc. Work. Health Care*. — 2015. — 54, № 5. — P. 474-483.
 25. *Lennon C. A., White A. C., Finitis D.* et al. Service priorities and unmet service needs among people living with HIV/AIDS: Results from nationwide interview of HIV/AIDS housing organizations // *AIDS Care*. — 2013. — 25, № 9. — P. 1083-1091.
 26. *Lima V. D., Granic R.h., Phillips P.* et al. Potential impact of the US President's Emergency Plan for AIDS relief on the tuberculosis/HIV coepidemic in selected Sub-Saharan African countries // *J. Infect. Dis.* — 2013. — 208, № 12. — P. 2075-2084.
 27. *Lou L. X., Chen Y., Yu C. H.* et al. National HIV/AIDS mortality, prevalence, and incidence rates are associated with the human development index // *Am. J. Infect. Control*. — 2014. — 42, № 10. — P. 1044-1048.
 28. *Lundgren J. D., Babiker A. G., Gordin F. M.* et al. When to start antiretroviral therapy: the need for an evidence base during early HIV infection // *BMC Med*. — 2013. — 11. — doi: 10.1186/1741-7015-11-148.
 29. *McMahon J. M., Myers J. E., Kurth A. E.* et al. Oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for prevention of HIV in serodiscordant heterosexual couples in the United States: opportunities and challenges // *AIDS Patient Care STDS*. — 2014. — 28, № 9. — P. 462-474.
 30. *Mondal M. N., Shitan M.* Factors affecting the HIV/AIDS epidemic: an ecological analysis of global data // *Afr. Health Sci.* — 2013. — 13, № 2. — P. 301-310.
 31. *Mujugira A., Baeten J. M., Donnell D.* et al. Characteristics of HIV-1 serodiscordant couples enrolled in a clinical trial of antiretroviral pre-exposure prophylaxis for HIV-1 prevention // *PLoS One*. — 2011. — 6, № 10. — doi: 10.1371/journal.pone.0025828.
 32. *Nakagawa F., Lodwick R. K., Smith C. J.* et al. Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis // *AIDS*. — 2012. — 26, № 3. — P. 335-343.
 33. *Ojo O. O., Adedigba M. A., Naidoo S.* et al. Social, psychological and health concerns among people living with HIV/AIDS in Nigeria // *Oral Health Prev. Dent*. — 2009. — 7, № 4. — P. 355-362.
 34. *Roy S.* The effects of HIV/AIDS on economic growth and human capitals: a panel study evidence from Asian countries // *AIDS Care*. — 2014. — 26, № 12. — P. 1568-1575.
 35. *Sashindran V. K., Chauhan R.* Antiretroviral therapy: Shifting sands // *Med. J. Armed Forces India*. — 2016. — 72, № 1. — P. 54-60.
 36. *Schwartzländer B., Stover J., Hallett T.* et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS // *Lancet*. — 2011. — 377, № 9782. — P. 2031-2041.
 37. *Sebastian S. T., Siddanna S.* Social, psychological and health concerns of people living with HIV/AIDS in Mysore District, Karnataka // *J. Clin. Diagn. Res*. — 2016. — 10, № (3). — doi: 10.7860/JCDR/2016/17212.7420.
 38. *Stover J., Bollinger L., Izazola J. A.* et al. What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the fast-track approach // *PLoS One*. — 2016. — 11. doi: 10.1371/journal.pone.0154893.
 39. *Tanser F., Barnighausen T., Grapsa E.* et al. Effect of ART coverage on rate of new HIV infections in a hyper endemic, rural population: South Africa // *Proc. 19th conf. Retroviruses and Opportunistic Infections (Seattle, WA, March 5-8 2012)*.
 40. *Ware N. C., Wyatt M. A., Haberer J. E.* et al. What's love got to do with it? Explaining adherence to oral antiretroviral pre-exposure prophylaxis for HIV-serodiscordant couples // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr*. — 2012. — 59, № 5. — P. 463-468.
 41. *Waziri S. I., Mohamed N., Raja Abdullah N. M.* et al. Effect of the prevalence of HIV/AIDS and the life expectancy rate on economic growth in SSA countries: Difference GMM approach // *Glob. J. Health Sci*. — 2015. — 8, № 4. — P. 212-220.
 42. *Whetham J., Taylor S., Charlwood L.* et al. Pre-exposure prophylaxis for conception (PrEP-C) as a risk reduction strategy in HIV-positive men and HIV-negative women in the UK // *AIDS Care*. — 2014. — 26, № 3. — P. 332-336.

Одержано 15.02.2016

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ОДЕССКОЙ ОБЛАСТИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

В. С. Гойдик, Л. И. Ковтунович, Н. С. Гойдик, В. В. Шухтин, С. Г. Котюжинская*

Коммунальное учреждение “Одесский областной центр профилактики и борьбы со СПИДом”,
65031 Одесса

*Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, 65082 Одесса

Приведен обзор текущего состояния борьбы с ВИЧ-инфекцией в Одесской области и путей преодоления сложившейся ситуации. Наиболее эффективным выявление ВИЧ-инфицированных будет проведение консультирования, тестирования и первичного обследования на ВИЧ с дальнейшим направлением лиц с положительным результатом в специализированные центры. Работа в кабинетах “Доверие” и на его сайтах должна быть основным местом работы подготовленных высококвалифицированных врачей-инфекционистов с углубленными знаниями проблемы ВИЧ-инфекции, а также с достаточной финансовой мотивированностью, что повысит их заинтересованность в результатах работы и, соответственно, будет способствовать достижению намеченных контрольных точек.

CURRENT PROBLEMS OF CONTROL OF HIV EPIDEMIC IN THE ODESSA OBLAST AND WAYS TO OVERCOME THEM

V. S. Goidyk, L. I. Kovtunovich, N. S. Goidyk, V. V. Shukhtin, S. G. Kotiuzhinskaia*

Communal Institution “Odessa Oblast Center for AIDS Prevention and Control”, 65031 Odessa

*Odessa National Medical University Ministry of Health Ukraine, 65082 Odessa

Reviewed was the current status of AIDS control in the Odessa oblast and of ways to overcome the existing situation. The most effective were found to be HIV-related consulting, testing and primary examination with subsequent referral of subjects with positive results to the specialized centers. The activities in the “Offices of Trust” and affiliated branches should be the main place of work of trained health professionals (infectionists) with advanced knowledge of HIV issues, as well as with adequate financial motivation, which might increase their interest in the work results and thus facilitate reaching planned milestones.