

# Причини пізнього виявлення ВІЛ-інфекції серед осіб, які зверталися до закладів охорони здоров'я



За результатами моделювання з використанням програми **Spectrum**, оціночна кількість людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), в Україні на кінець 2021 року становила 209 тис. осіб (табл.). Результати перспективного прогнозування свідчать, що в разі досягнення рівня охоплення антиретровірусною терапією (АРТ) 90% ЛЖВ кількість нових випадків інфікування ВІЛ упродовж подальших 2 років знизиться вдвічі [1].

## Метод збору даних

Глибинні інтерв'ю з цільовою групою проводилися досвідченими інтерв'юерами, що пройшли тренінг у рамках цього дослідження через Zoom/Skype за спеціально розробленою для цього випробування настановою для проведення такого інтерв'ю. Всі інтерв'ю були записані на цифровій аудіопристрій (диктофон) для подальшого дослідницького транскрибування і тематичного аналізу [7]. Крім того, збиралася базова соціально-демографічна інформація учасників дослідження. Випробування проводилося у 8 областях України: Київській, Кіровоградській, Дніпропетровській, Донецькій, Луганській, Одеській, Миколаївській і Херсонській. Загальний обсяг вибірки склав 22 особи. Якісні дані з глибинних інтерв'ю були транскрибовані з цифрових записів та нотаток у Microsoft Word. Після цього файли введено до програми якісного аналізу даних MAXQDA для кодування. Дослідники провели тематичний аналіз для створення системи кодів, що відповідає на дослідницькі запитання. Кодування сфокусували на виявленні факторів, що перешкоджають своєчасному скеруванню пацієнтів із наявними симптомами до тестування на ВІЛ-інфекцію, а також на інших темах, виявлених у процесі дослідження [7]. Після кодування всіх транскриптів тексти зі схожими кодами було відсортовано та створено категорії, які потім об'єднали в ширші загальні теми, що містили відповіді на поставлені дослідницькі запитання. Перед проходженням опитування кожен потенційний учасник проходив через процес надання інформованої згоди. Протокол та інструменти були розглянуті комітетом із питань етики (Institutional Review Board, IRB) БО «Український інститут політики громадського здоров'я».

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період із серпня по грудень 2021 року участь у глибинних інтерв'ю взяли 22 ЛЖВ: 17 жінок і 5 чоловіків. Вік учасників складав від 18 до 63 років.

Результати дослідження показали, що близько половини учасників не мали статевого партнера і лише 9% були одруженими (рис. 2).

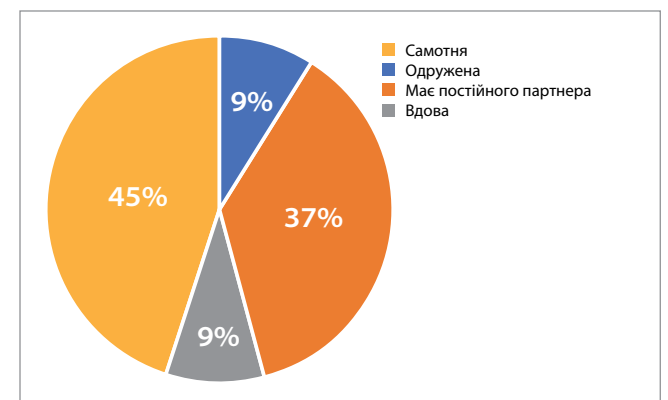


Рис. 2. Сімейний стан учасників

Привертає увагу, що половина учасників має вищу або незакінчену вищу освіту (рис. 3). Переважна більшість учасників (60%) зазначили, що працюють, 2 – наразі без роботи, 2 – тимчасово не працювали на період лікування, 1 людина перебувала на пенсії, 2 – на пенсії через інвалідність, 1 учасниця була студенткою.

Таблиця. Оціночна кількість ЛЖВ в Україні

	Орієнтовна кількість ЛЖВ	Діагноз ВІЛ	АРТ	АРТ із супресією вірусу
2021	209 816	150 005	130 239	123 700
Ціль на 2022 рік		167 561	143 378	137 600*

На рисунку 1 показано ВІЛ-каскад послуг в Україні та досягнення цілей «95-95-95», що полягають у тому, щоб 95% людей, які живуть з ВІЛ, знали про свій діагноз, 95% з них отримали лікування, а 95% з тих, хто отримують лікування, досягли невизначуваного рівня вірусного навантаження.

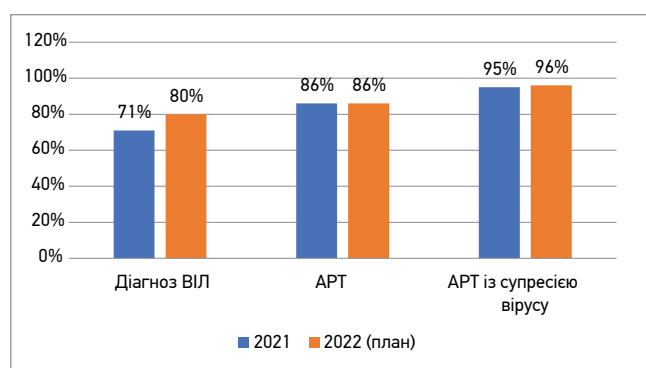


Рис. 1. ВІЛ-каскад, плани Центру громадського здоров'я

Примітка: \* розрахункова цифра, екстрапольована на всю сукупність.

Проте слід зазначити, що в Україні активність епідемічного процесу ВІЛ-інфекції продовжує підтримуватися за рахунок прихованого компонента. В Україні майже половина оціночної кількості ЛЖВ не знає про свій ВІЛ-позитивний статус (за даними медичного обліку). Незважаючи на зусилля фахівців медичних закладів і ВІЛ-сервісних НУО, щороку близько третини ВІЛ-позитивних осіб залишаються поза медичним обліком. Окрім того, майже чверть ЛЖВ, які перебувають на обліку, кожного року залишається поза медичним наглядом із різних причин [2].

В Україні досі спостерігається ситуація щодо пізньої діагностики ВІЛ-інфекції, що є негативним фактором для досягнення успіхів у лікуванні ВІЛ-інфекції. Більше 50% осіб віком  $\geq 15$  років виявляються вперше на 3-4 клінічних стадіях ВІЛ-інфекції. 58,7% ЛЖВ на момент звернення по медичну допомогу мали рівень CD4  $< 350$  кл/мкл, з них у 56,1% осіб діагностовано СНІД [2, 3].

Відомо, що своєчасне встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції дозволяє вчасно розпочати необхідне лікування та вжити інших заходів для зменшення ймовірності передачі ВІЛ близьким людям.

Пізня діагностика ВІЛ є найімовірнішою серед ЛЖВ старшого віку [4]. Пізні тестування часто трапляються серед людей, у яких вже розвиваються та діагностовані симптоми ВІЛ-інфекції, і пов'язане з тим, що ці особи не вважаються ключовими групами населення. Це втрачена можливість для діагностики ВІЛ, яка свідчить про нагальну потребу

підвищувати обізнаність лікарів щодо тестування на ВІЛ та клінічних ознак захворювання.

Невчасно діагностовані випадки ВІЛ-інфекції часто трапляються серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), та їхнього соціального оточення; колишніх ЛВІН; чоловіків віком 35-55 років; ЛЖВ, яким встановлено діагноз під час тестування в медичному закладі за ініціативи медичного працівника, а також жінок, котрим встановлено діагноз ВІЛ під час вагітності [4, 5].

Згідно з національною стратегією [6], з метою раннього і максимально повного виявлення ЛЖВ необхідно забезпечити використання підходу надання послуги з тестування на ВІЛ (ПТВ) у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) усіх рівнів та форм власності амбулаторного й стаціонарного профілів; пропонування ПТВ усім пацієнтам із симптомами і станами, які свідчать про ймовірність ВІЛ-інфекції, включаючи підозрювані та підтвержені випадки туберкульозу, особам із ризикованою поведінкою, іншим категоріям населення відповідно до вимог законодавства; отримання результату тестування пацієнтами; максимальні можливості для тестування на ВІЛ у місці надання послуг.

З метою виявлення прогалин у своєчасній діагностиці ВІЛ-інфекції необхідно провести дослідження щодо вивчення факторів, які впливають на доступ пацієнтів медичних закладів до своєчасної діагностики ВІЛ-інфекції.

**Мета дослідження** – дослідити ефективність тестування на ВІЛ-інфекцію при зверненні по медичну допомогу, а також виявити прогалини у своєчасній діагностиці ВІЛ-інфекції методом проведення глибинних інтерв'ю з ЛЖВ, яким уперше в житті було встановлено діагноз ВІЛ на III або IV стадіях ВІЛ-інфекції.

## МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### Цільова група дослідження

Дослідження було проведено із застосуванням якісних методів – глибинних інтерв'ю з цільовою групою: ЛЖВ, яким уперше в житті було встановлено діагноз ВІЛ на III або IV стадіях протягом 2018-2020 років.

### Критерії включення

Всі учасники дослідження відповідали критеріям включення: вік пацієнтів  $\geq 18$  років; скеровані до участі надавачами ВІЛ-послуг; ЛЖВ; хворі, яким уперше в житті було встановлено діагноз ВІЛ-інфекції на III або IV стадіях протягом 2018-2020 років.

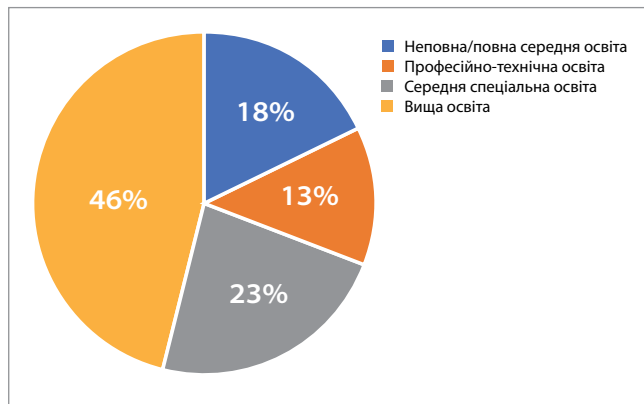


Рис. 3. Освіта учасників

Окрім останнього тестування на ВІЛ (під час встановлення діагнозу), половина всіх учасників проходила тестування на гепатит С, 3 отримували допомогу психолога і соціального працівника, 4 – тільки допомогу соціального працівника, 1 учасник отримував замісну підтримувальну терапію та лікування гепатиту С.

Аналіз глибинних інтерв'ю показав, що інформованість більшості учасників дослідження з питань ВІЛ-інфекції, на їхню думку, була низькою або, за словами деяких учасників, дорівнювала нулю. Це стосується як загалом інформації про ВІЛ-інфекцію, характер цього захворювання і доступність лікування, так і всебічної інформації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію.

Головна причина, чому люди не звертали уваги на питання ВІЛ-інфекції: більшість учасників вважали, що є певні групи ризику, які мають вищий ризик інфікуватися ВІЛ, тому і **не асоціювали себе із цими групами**.

Практично всі учасники стверджували, що **вони ніколи не обговорювали тему ВІЛ-інфекції у своєму соціальному колі** та не чули, щоб будь-хто з їхніх знайомих колись згадував ці питання.

За словами учасників, практично ніхто з них не проходив тестування на ВІЛ-інфекцію раніше (до моменту встановлення діагнозу), за винятком жінок, яким робили цей тест у пренатальній клініці під час вагітності. Це стосувалося навіть тих респондентів, чиї найближчі родичі (наприклад, мати або сестра) мали ВІЛ-інфекцію та навіть померли від ВІЛ-асоційованої хвороби.

Учасники дослідження розповідали, що вони з ознаками погіршення здоров'я зверталися до медичних закладів і протягом місяців та навіть років проходили обстеження, отримували лікування. Деякі учасники визнавали, що тривалий час намагалися впоратися з погіршенням самопочуття самостійно.

Переважає більшість респондентів розпочинали свій «маршрут пацієнта» з відвідування **сімейного лікаря**. Проте майже ніхто, крім одного з учасників, не сказав, що сімейний лікар запропонував їм зробити тест на ВІЛ-інфекцію (хоча б на якомусь етапі лікування). Сімейні лікарі не робили тест на ВІЛ на місці, не скеровували пацієнтів до іншого фахівця / кабінету / закладу навіть за наявності симптомів, зазначених у наказі № 388 Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 11.05.2010 року, що є приводом для тестування на ВІЛ-інфекцію з ініціативи медичного працівника.

В кількох учасників шлях до встановлення діагнозу розпочинався не із сімейного лікаря; вони одразу **зверталися безпосередньо до профільних фахівців або у профільний заклад**. Це були фахівці, які мали бути ознайомлені з наказом МОЗ України № 388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції» від 11.05.2010 року, в якому надано перелік симптомів і станів, за котрих пацієнту рекомендоване тестування на ВІЛ-інфекцію. На жаль, практично ніхто з медичних працівників навіть у закладах дерматовенерологічного, гематологічного або

неврологічного профілю (так само, як і медики первинної ланки) не дотримався рекомендацій і не скерував пацієнтів, які мали кандидоз, оперізувальний лишай, конділоми, втрату маси тіла, анемію, затяжний кашель тощо, на аналіз щодо наявності ВІЛ-інфекції.

Деяким учасникам інтерв'ю пройти тестування на ВІЛ запропонували фахівці: стоматолог, ЛОР-лікар, гематолог, дерматолог. Виявляється, що більшість медичних фахівців у спеціалізованих відділеннях призначає тестування на ВІЛ тільки після невдалих спроб підібрати ефективне лікування розповсюдженіших діагнозів. Найпоширеніші причини, з яких медичні працівники не скеровують пацієнтів на тестування на ВІЛ-інфекцію, представлено на рисунку 4.

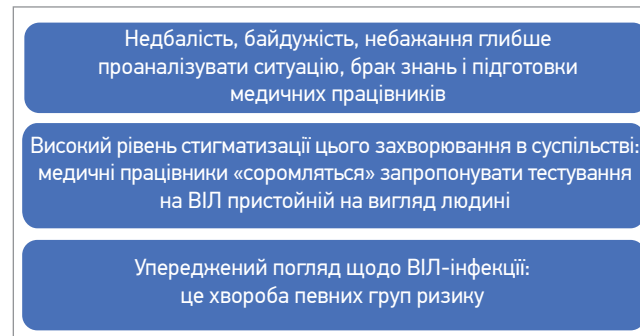


Рис. 4. Причини, з яких медичні працівники не скеровують пацієнтів на тестування на ВІЛ-інфекцію

Переважає більшість учасників визнала, що одразу після отримання повідомлення про діагноз ВІЛ-інфекції вони перебували в стані шоку і тому потребували моральної підтримки. Незважаючи на високий рівень пов'язаної з ВІЛ-інфекцією стигми, найчастіше пацієнти отримували таку підтримку від родичів, друзів, партнерів та/або медичних фахівців.

На запитання, чи була їм запропонована допомога психолога або соціального працівника, ми отримали різні відповіді. Дехто з респондентів розповів, що потребував допомоги психолога або що така допомога точно не була б зайвою, але ніхто послуг психолога не пропонував. Виявляється, що частіше учасники були більше зацікавлені в отриманні допомоги психолога, ніж соціального працівника. Крім того, не всі були задоволені наданою допомогою психолога або соціального працівника.

Деякі учасники визнали, що не отримали повноцінного консультування від медичних працівників. Часто траплялося, що лікарі в закладі, де була діагностована ВІЛ-інфекція, не надали інформації щодо ВІЛ-інфекції в необхідному обсязі. Учасники згадували, що інформацію про ВІЛ-інфекцію їм надали тільки фахівці, яких спеціально запросили: лікар-інфекціоніст із Центру СНІДу та/або соціальний працівник.

Найчастіше серед ВІЛ-асоційованих захворювань учасники розповідали про туберкульоз і токсоплазмоз; із цього приводу їм призначали довготривале лікування. У кількох учасників був діагностований гепатит С. Після звернення до закладів ВІЛ-профілю лікар-інфекціоніст зазвичай стає провідним лікарем для пацієнтів із ВІЛ-інфекцією.

Практично всі респонденти констатували покращення свого стану здоров'я і самопочуття, яке вони пов'язували із початком лікування ВІЛ-інфекції.

## ВИСНОВКИ

1. Дослідження довело недостатній і навіть низький рівень інформованості населення як з питань ВІЛ-інфекції загалом, так і стосовно доступності тестування на ВІЛ в їхньому населеному пункті.

2. Дотепер спостерігається розповсюдженість застарілих стереотипів і хибних уявлень щодо ВІЛ-інфекції як захворювання т. зв. груп ризику.

3. На додаток до низького рівня інформованості щодо ВІЛ-інфекції у суспільстві розповсюджені високий рівень стигматизації цього захворювання і проявів стигми щодо людей, які живуть з ВІЛ. Це характерно для міської та сільської місцевості й дотепер відбувається в різних сферах, у т. ч. у закладах охорони здоров'я. Стигматизація захворювання й наявність міфів і стереотипів щодо ВІЛ-інфекції є одними із причин, чому лікарі не призначають, а населення не звертається по тестування на ВІЛ та інші соціально небезпечні захворювання.

4. У закладах охорони здоров'я, від первинної ланки до спеціалізованих медичних закладів, лікарі не призначають пацієнтам тестування на ВІЛ не тільки з метою профілактики, а і за наявності станів та симптомів, за яких рекомендовано назначити таке тестування з ініціативи медичного працівника.

5. Не тільки лікарі первинної ланки, а й навіть фахівці профільних закладів, які, згідно з Національною стратегією тестування на ВІЛ, повинні мати підвищену настороженість стосовно ВІЛ-інфекції і скеровувати пацієнтів на тестування на ВІЛ (дерматологи, неврологи, стоматологи тощо), не призначали тестування на ВІЛ-інфекцію пацієнтам із наявними симптомами ВІЛ-асоційованих захворювань, як-от грибокві ураження, папіломи, оперізувальний лишай, втрата маси тіла, слабкість, анемія тощо. Це свідчить про недостатню підготовку медичних працівників із питань ВІЛ-інфекції та про нагальну потребу підвищувати обізнаність лікарів щодо діагностики ВІЛ-інфекції, клінічних ознак захворювання.

6. У більшості учасників дослідження «маршрут пацієнта», тобто шлях учасників дослідження до отримання діагнозу ВІЛ-інфекції, тривав від 3 міс до 6 років і проходив багато етапів, на яких була втрачена можливість діагностувати ВІЛ-інфекцію.

7. «Маршрут пацієнта» в нашому дослідженні в переважній більшості учасників розпочинався зі звернення до сімейного лікаря з певними симптомами. Отже, включення консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію до пакета первинної медичної допомоги є важливим кроком для забезпечення вчасного виявлення захворювання.

8. Практично всі респонденти розповідали про стан шоку, депресії, розпачу після отримання діагнозу ВІЛ-інфекції. Всі вони, а часто і їхні близькі, потребували фахової допомоги психолога, але, як виявилось, більшість не мала до неї доступу. Дослідження також доводить значні проблеми в більшості учасників щодо розкриття ВІЛ-статусу близьким людям. Знову ж таки, пацієнти не отримали доступу до відповідної допомоги в закладах ВІЛ-профілю.

9. Лише 1 жінка з усіх учасників інтерв'ю розповіла, що її ВІЛ-негативному партнеру призначили доконтактну профілактику (ДКП). Це доводить, що доступ населення до інформації та безпосередньо послуги ДКП, а також обізнаність лікарів щодо сучасних методів профілактики ВІЛ-інфекції потребують покращення (рис. 5).

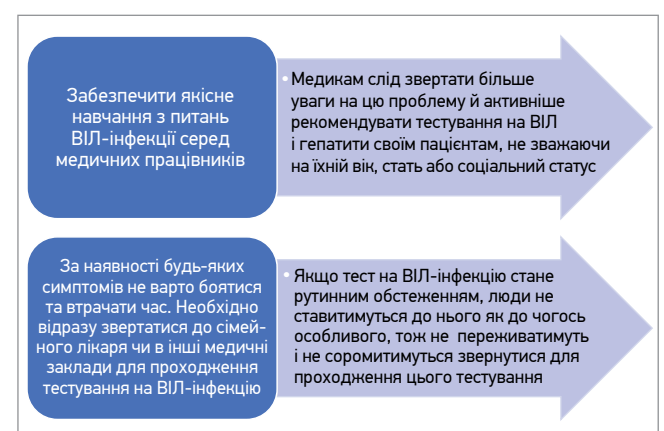


Рис. 5. Mesedжи, які учасники хотіли б донести до медичних працівників і до суспільства