

# Виклики перед сімейним лікарем під час ведення жінки з ВІЛ / СНІДом, яка народила здорову дитину: клінічний випадок

**Т. І. Чабан<sup>1</sup>, Л. І. Закрутько<sup>3</sup>, І. О. Лаврінчук<sup>3</sup>, В. І. Бульда<sup>1</sup>, Я. О. Кармазін<sup>1</sup>, С. Б. Норейко<sup>2</sup>, О. В. Барабанчик<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

<sup>3</sup>ПВНЗ «Київський медичний університет»

У статті розглянуто глобальну проблему значення вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) та синдрому набутого імунодефіциту (СНІД), що залишається серйозним викликом для громадського здоров'я, попри прогрес у профілактиці, лікуванні та догляді. ВІЛ / СНІД продовжує впливати на життя мільйонів, з особливо високою поширеністю в Африці на південь від Сахари та зростаючими випадками в Східній Європі й Центральній Азії.

Наведено виклики, які виникають перед лікарем загальної практики – сімейної медицини при веденні пацієнтів із ВІЛ / СНІДом. У статті описано клінічний випадок пацієнтки з ВІЛ / СНІДом, яка народила здорову дитину. Приклад ілюструє зустрічі із сімейним лікарем і обговорення проблем, які пов'язані з прийманням антиретровірусної терапії, вакцинацією та лікуванням супутніх захворювань. Основні виклики для сімейного лікаря: боротьба зі стигматизацією (пацієнтка стикалася з відмовами укладення декларацій), забезпечення прихильності до антиретровірусної терапії – жінка припиняла терапію через хибні уявлення про побічні ефекти, організація вакцинації (пацієнтка боялася щеплень через ВІЛ) та координація соціальної підтримки. У статті наголошено, що антиретровірусна терапія знижує ризик передачі ВІЛ від матері до дитини до 1%, що підтверджує випадок пацієнтки.

У статті також проведено аналіз факторів, що впливають на поширеність ВІЛ / СНІДу, включно з культурною стигматизацією, доступом до медичних послуг і державною політикою. Описано, як відмінності в соціально-економічних умовах, доступі до профілактичних послуг і стигматизації впливають на різницю в рівнях інфекції між регіонами та стан ВІЛ / СНІДу в Україні. Проаналізовано реформу медицини в Україні, де сімейні лікарі відіграють ключову роль у забезпеченні довгострокової опіки над пацієнтами. Наголошено на ролі сімейних лікарів у забезпеченні тривалості життя пацієнтів із ВІЛ / СНІДом та необхідності подальшої освіти й підтримки від державних установ. Стаття показує важливість регіонального підходу до боротьби з епідемією ВІЛ / СНІДу і ролі сімейних лікарів у розв'язанні цієї глобальної проблеми, наголошуючи на потребі в забезпеченні доступу до лікування, необхідних додаткових тренінгів для лікарів, підвищенні оплати за роботу з такими хворими та комплексному підході до зменшення стигми й покращення доступу до лікування.

**Ключові слова:** ВІЛ / СНІД, сімейний лікар, стигма, виклики, передача вірусу від матері до дитини.

## Challenges for the family doctor when managing a woman with HIV / AIDS who has given birth to a healthy child

**T. I. Chaban, L. I. Zakrutko, I. O. Lavrinchuk, V. I. Bulda, Y. O. Karmazin, S. B. Noreiko, O. V. Barabanchyk**

The article examines the global issue of the importance of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), which remains a serious public health challenge despite progress in prevention, treatment and care of this problem. HIV / AIDS continues to affect the lives of millions, with a particularly high prevalence in sub-Saharan Africa and increasing cases in Eastern Europe and Central Asia.

The challenges that arise for the general practitioner – family medicine physician when managing patients with HIV / AIDS are presented. The article describes a clinical case of a patient with HIV / AIDS who gave birth to a healthy child. The example illustrates the visits to the family physician and discussion of problems associated with taking antiretroviral therapy, vaccination and treatment of concomitant diseases. The main challenges for the family doctor: combating stigma (the patient faced refusals to sign declarations), ensuring adherence to antiretroviral therapy – the woman stopped therapy due to misconceptions about side effects, organizing vaccinations (the patient was afraid of vaccinations because of HIV) and coordinating social support. The article emphasizes that antiretroviral therapy reduces the risk of HIV transmission from mother to child to 1%, which is confirmed by the patient's case.

The article also analyzes the factors that influence the prevalence of HIV / AIDS, including cultural stigma, access to health services and public policy. It describes how differences in social and economic conditions, access to preventive services and stigma affect the difference in infection rates between regions and the state of HIV / AIDS in Ukraine. It analyzes the reform of medicine in Ukraine, in which the family doctors play a key role in ensuring long-term care for patients. The role of family doctors in ensuring the longevity of patients with HIV / AIDS and the need for further education and support from government

institutions are highlighted. The article shows the importance of a regional approach to overcome the HIV / AIDS epidemic and the role of family doctors in solving this global problem, focusing on the need to ensure access to treatment, the need for additional training for doctors, increased payment for working with such patients, and a comprehensive approach to reducing stigma and improving access to treatment.

**Keywords:** HIV / AIDS, family doctor, stigma, challenges, mother-to-child transmission of the virus.

Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) залишається однією з найсерйозніших глобальних проблем охорони здоров'я. Попри прогрес у профілактиці, лікуванні та догляді, ВІЛ та синдром набутого імунодефіциту (СНІД) продовжують впливати на життя мільйонів людей у всьому світі. Розуміння поточної поширеності ВІЛ має вирішальне значення для реалізації ефективних стратегій боротьби з епідемією. Станом на 2023 р. в Україні зареєстровано понад 250 000 випадків ВІЛ-інфекції. За даними Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, щорічно реєструють близько 15 000 нових випадків. Найвищий рівень поширення спостерігається серед осіб віком від 15 до 49 років [1–3]. Сьогодні в Україні проводиться реформа медицини, в якій лікар загальної практики – сімейної медицини (ЛЗП-СМ) відіграє ключову роль у забезпеченні тривалої опіки за здоров'ям громадян, а також членів його сім'ї незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму у всі періоди життя людини, у тому числі й хворим із ВІЛ / СНІДом.

У роботі вивчалися виклики, які виникають перед ЛЗП-СМ при веденні пацієнтів із ВІЛ / СНІДом на конкретному клінічному прикладі жінки з ВІЛ, яка народила здорову дитину. На прийом до сімейного лікаря в центр медико-санітарної допомоги Дарницького району м. Києва в листопаді 2024 р. звернулася пацієнтка К. віком 50 років із проханням укласти з нею декларацію. Пацієнтка повідомила, що вона є інвалідом II групи з приводу інфікування ВІЛ-інфекцією та інших супутніх захворювань, просила тільки укласти декларацію і дати їй направлення до травматолога у зв'язку з переломом у нижній третині гомілки, який вона перенесла за 3 тиж. до візиту, коли їй було накладено гіпс. Також їй потрібна була довідка від сімейного лікаря, щоб звернутися до соціальної служби з метою призначення соціального працівника, оскільки вона вже не може себе обслуговувати. Соціальний працівник мав би приносити їй ліки з аптеки, продукти з магазину. Раніше вона не укладала декларації, а тільки спостерігалася в спеціалізованому відділенні лікарні, де лікуються хворі на СНІД, і в Державній установі (ДУ) «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського Національної академії медичних наук (НАМН) України». Скарж пацієнтка не відзначала. З анамнезу хвороби вдалося з'ясувати, що вона хворіє на ВІЛ з 2002 р., заразилася через спільне вживання ін'єкційних опіоїдних наркотиків та «ширки» («брудний» наркотик, що виготовляють із макового насіння, який вживала самостійно).

Пацієнтка стверджувала, що наркотики вживав весь їхній клас, де вона навчалася. У 2005 р. вона зуміла відмовитися від вживання ін'єкційних наркотиків за допомогою груп підтримки, анонімних кабінетів, консультацій. Тоді ж вийшла заміж за ВІЛ-інфікованого чоловіка і народила сина, який не був

ВІЛ-інфікованим. У 2009 р. стала на облік у центрі СНІДу і почала отримувати антиретровірусну терапію (АРТ). Зокрема приймає долутеґравір 50 мг на добу, ламівудин 150 мг 2 рази на добу і зидовудин 300 мг по 1 таблетці 2 рази на добу.

Пацієнтка не пам'ятала детальних особливостей своєї хвороби, не мала ніяких результатів обстеження, але під час наступного візиту до сімейного лікаря надала єдину виписку, копія якої в неї збереглася і з якої вдалося детальніше з'ясувати анамнез хвороби. Виписний епікриз був із ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України» 8-місячної давнини, куди вона звернулася зі скаргами на високу температуру до 39 °С, що турбувала протягом 2–3 тиж. У хворої була виявлена правобічна нижньочасткова пневмонія. Після 2-тижневого лікування її стан значно покращився, і пацієнтку виписали в задовільному стані. Крім того, згідно з електронною документацією, хвора в січні 2024 р. отримала АРТ на 3 міс., водночас, зі слів пацієнтки, було відзначено, що в неї немає в наявності антиретровірусних препаратів, тому вона їх не приймає. В амбулаторно-поліклінічному відділенні Київського міського центру СНІДу були видані препарати на 1 міс. для продовження лікування.

Пацієнтка отримувала антибактеріальну терапію: цефтріаксон внутрішньом'язово по 2 г упродовж 15 дб, азитроміцин у таблетках 500 мг – 7 дб, муколітики, анальгетики, нестероїдні протизапальні препарати, інгібітори протонної помпи, дезінтоксикаційну терапію.

У рекомендаціях виписного епікризу вказано, що хворій необхідно приймати АРТ, контролювати Т-лімфоцити CD4<sup>+</sup>, вірусне навантаження ВІЛ. Також слід підвищувати прихильність пацієнтки до приймання антиретровірусних препаратів.

Анамнез життя: дитинство та розвиток пацієнтки проходили в задовільних соціально-побутових умовах. Вона здобула вищу освіту і працювала бухгалтером досить успішно, придбала автомобіль, який самостійно водила. Розлучена, сину 19 років, він здоровий, зараз проживає в Німеччині, де влаштувався на роботу вантажником, але страждає на депресію. Пацієнтка також відмічає в себе психічні розлади, не спить ночами, дуже нервує. Крім того, має алергію на тополіний пух, алергію на медичні препарати заперечує.

Страждала на туберкульоз грудних лімфатичних вузлів з 2009 по 2016 рік, коли лікувалася амбулаторно та стаціонарно. Вважалася, щовилікувалася. Спілкується з людьми, які раніше вживали наркотики, потім відмовились, та ВІЛ-інфікованими. Серед них знаходить друзів і партнерів. Обґрунтовує це тим, що не хоче передавати інфекцію здоровим. Страждає на гепатит С, який виявлений у 2004 р., печінкові проби нормальні. Пропонували лікуватися, але через низький CD4<sup>+</sup> або напади депресії від лікування відмовлялася.

У 2004 р. видалено селезінку через травму, у 2021 р. провели операцію із заміни кульшового суглоба. Малярію, тиф, цукровий діабет заперечує. Алкоголем не зловживає, але курить із 20 років, до пів пачки цигарок на день, хоча кілька разів намагалася відмовитися від куріння.

Жінка повернулася нещодавно з Ірландії, де перебувала як особа, яка покинула територію України через війну на початку широкомасштабного вторгнення. В Ірландії вона користувалася послугами соціальної служби, але її не влаштували побутові умови. Наприклад, її поселили в одну кімнату із сусідкою, яка постійно кашляла, і це дратувало пацієнтку.

Проведено лабораторні дослідження у стаціонарі з приводу пневмонії. Показники розгорнутого аналізу крові в межах норми. Біохімічний аналіз крові: аспаратамінотрансфераза – 40,8 ОД/л, аланінамінотрансфераза – 43,5 ОД/л, загальний білірубін – 10,6 ммоль/л, загальний білок – 81,2 г/л, альбуміни – 31,9 г/л, глюкоза – 6,37 ммоль/л, креатинін – 80 мкмоль/л, сечовина – 5,6 ммоль/л, амілаза – 68 ОД/л.

Імунологічне дослідження плазми: CD4<sup>+</sup> – 727 клітин (14,1%), вірусне навантаження рибонуклеїнової кислоти – 73 500 копій.

Дослідження мокротиння на мікобактерії туберкульозу за методом мікроскопії – кислотостійкі палички не виявлені. Дослідження мокротиння на мікобактерії туберкульозу за методом Xpert® MTB/RIF Ultra – мікобактерії туберкульозу не виявлені.

У загальному аналізі сечі відзначено лейкоцити, які густо покривали все поле зору. Повторний аналіз сечі був без патології. У бактеріальному посіві сечі на початку лікування виявлено *E. coli* – 10<sup>6</sup> колонієутворювальних одиниць на 1 мл.

Бактеріальний посів крові на висоті температури тіла – ріст бактеріальної та грибової флори відсутній. Криптококовий антиген у крові (негативний). Протромбіновий індекс становив 83%, фібриноген – 4,9 г/л, С-реактивний білок – 96 мг/л.

На електрокардіограмі – ритм синусовий регулярний, 86 за 1 хв, патологічні зміни не виявлені. Рентгенографія органів грудної клітки показала, що легені та серце без змін.

При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини виявлено гепатомегалію. Відзначено дифузні зміни печінки за типом хронічного гепатиту, перегин жовчного міхура, дифузні зміни підшлункової залози.

Комп'ютерну томографію органів грудної клітки та черевної порожнини проведено без внутрішньовенного контрастування. Ознак туберкульозу в легенях і внутрішньогрудних лімфовузлах не виявлено. Помірна аксіярна, заочеревинна, клубова лімфаденопатія.

ЛЗП-СМ має розуміти фактори, що впливають на поширеність ВІЛ / СНІДу в різних регіонах, а саме:

- *Соціально-економічні відмінності*: бідність, відсутність освіти та неадекватна інфраструктура охорони здоров'я перешкоджають ефективній профілактиці й лікуванню [11].
- *Культурна стигматизація*: стигма та дискримінація людей, які живуть із ВІЛ, відлякують людей від пошуку можливості тестування та лікування [2].

- *Доступ до послуг охорони здоров'я*: регіони з обмеженим доступом до АРТ та засобів профілактики мають вищі показники передачі й смертності [14].
- *Політична прихильність*: державна політика та фінансування значно впливають на ефективність національних програм із ВІЛ / СНІДу [18].

В Україні відзначають такі фактори, що сприяють поширенню ВІЛ [1, 2]:

- споживання ін'єкційних наркотиків: небезпечні практики ін'єкційного вживання наркотиків залишаються основним шляхом передачі ВІЛ;
- незахищені статеві контакти: недостатня обізнаність щодо безпечної сексуальної поведінки сприяє поширенню інфекції;
- стигма та дискримінація: соціальна стигматизація перешкоджає людям проходити тестування та отримувати лікування;
- міграція та конфлікт: внутрішньо переміщені особи мають обмежений доступ до медичних послуг, що ускладнює контроль над епідемією.

Пацієнтка була дуже задоволена, коли на її прохання укласти декларацію вона почула позитивну відповідь. Виявилось, що не кожен сімейний лікар хоче займатися такими пацієнтами. Це могло бути зумовлено певною стигматизацією в суспільстві щодо ВІЛ-позитивних людей. Пацієнтка попросила довідку в соціальному службю, щоб їй надали соціального працівника, тому що вона не може себе самостійно обслуговувати у зв'язку з переломом ноги.

На наступний день сімейного лікаря відвідала соціальний працівник, щоб з'ясувати, чи ця пацієнтка не несе небезпеки з погляду інфікування на ВІЛ, чи потрібно її відвідувати в гумових рукавичках, як часто мити руки, чи потрібно одягати маску/респіратор. Довелося пояснювати, що основними шляхами передачі ВІЛ є кров та інші біологічні рідини (сперма, виділення піхви, грудне молоко) під час статевого контакту та вагітності, пологів і годування груддю [6, 8, 22], і аж ніяк не можна заразитися через одяг, посуд, телефон, унітаз та інші побутові речі. Не передається ВІЛ при кашлі та чханні, поцілунку, обіймах, руко-стисканні. Також мокротиння, слина, блювотні маси, сльози, сеча, піт не є джерелом передачі ВІЛ-інфекції. Не можна передати ВІЛ і через їжу, яку готує людина, що має цю інфекцію.

При детальному з'ясуванні анамнезу хвороби на повторних прийомах пацієнтка повідомляла, що періодично припиняє приймати АРТ. На цьому також було акцентовано у виписці зі стаціонару. І це стало наступним викликом для сімейного лікаря, щоби переконати пацієнтку не порушувати режиму АРТ. Як виявилось, вона читала в американському чаті ВІЛ-інфікованих, що препарати, які застосовуються для антивірусної терапії, «вимивають» з організму кальцій. В інструкції для препаратів, які приймала пацієнтка (долутегравір, ламівудин, зидовудин), вказувалося, що вони можуть сприяти остеонекрозу, але нічого не зазначено про виділення кальцію. Дослідження показують, що етіологія остеонекрозу є багатофакторною, зокрема справляє вплив високий індекс маси тіла та використання кортикостероїдів, значна імуносупресія, зловживання ал-

коголем. Випадки остеонекрозу виявлялися в пацієнтів із запущеною хворобою та/або при довготривалому застосуванні комбінованої АРТ.

Лікаря довелось переконувати пацієнтку в необхідності дотримуватися режиму лікування, за появи побічних явищ консультиватися з лікарями, а не приймати рішення про відмову від АРТ на підставі інформації з чатів. Для переконання пацієнтки використовували такі аргументи, що лікар при призначенні медикаментів завжди керується даними доказової медицини, а позитивні результати від лікування зазвичай є вищими, ніж можливі побічні явища [9]. Крім того, розроблено методи корекції цих побічних явищ [11]. Також пацієнтці роз'яснювали, що вплив куріння на остеопороз може бути зіставним і/або більшим, ніж побічні явища від АРТ. Для профілактики остеопорозу рекомендується відмова від куріння [13]. Оскільки в пацієнтки ще наявна менструація, то фактор впливу менопаузи на розвиток остеопорозу в цій ситуації не розглядався.

Наступним викликом, який доводилося вирішувати, була вакцинація. ЛЗП-СМ зобов'язаний слідкувати, щоб його пацієнти були вакциновані згідно з календарем профілактичних щеплень. Пацієнтка повідомила, що після вакцинації в дитинстві ніяких профілактичних щеплень не отримувала. Відповідно до рекомендацій Національного календаря щеплень, всі дорослі громадяни України після вакцинації проти дифтерії та правця в 16 років кожних 10 років мають отримувати ревакцинацію. Коли пацієнтці повідомили про це, вона одразу почала відмовлятися, мотивуючи наявністю ВІЛ-інфекції та страхом захворіти на ці хвороби. Потрібно було шукати аргументи й доводити, що таким людям не тільки можна, а й життєво необхідно вакцинуватися. Для людей з імунодефіцитними станами інактивовані вакцини, включно з рекомбінантними, є безпечними та рекомендованими. Ці вакцини абсолютно безпечні для всіх, оскільки вони містять патогени, які були вбиті або інактивовані.

Вакцини проти гепатитів А і В, дифтерії, правця, кашлюку, інактивована поліомієлітна вакцина, інактивовані ін'єкційні вакцини проти грипу, вакцини проти COVID-19 (як інактивовані, так і векторні та мРНК-вакцини), пневмококових і менингококових інфекцій, вірусу папіломи людини є неживими та безпечними для пацієнтів із ВІЛ-інфекцією. Пацієнтці роз'яснювали, що їй можна робити практично всі щеплення. Однак при щепленні живими вакцинами потрібно враховувати імунний статус (кількість імунних клітин у крові – Т-хелперів).

Вакцинацію проти кору, вітряної віспи, краснухи та паротиту проводять винятково живими вакцинами, що містять живі ослаблені мікроорганізми. Тому ці щеплення виконують за умови, коли число клітин досягає більше ніж 200 у мікролітрі (Т-хелперів > 200 кл/мкл – CD4<sup>+</sup>). Якщо кількість клітин є меншою за 200 на мікролітр, вакцинацію слід відтермінувати, поки регулярне приймання АРТ знизить вірусне навантаження та підвищить імунний статус, збільшивши рівень CD4<sup>+</sup>. Оскільки в нашій пацієнтки імунологічне дослідження плазми CD4<sup>+</sup> – 727 клітин (14,1%), то їй можна і

рекомендовано робити всі щеплення, щоб захистити імунокомпromетований організм.

У літературі відзначено зростання рівня обізнаності та вакцинації ВІЛ-інфікованих пацієнтів від таких інфекцій, як гепатити А і В, пневмокок, грип, правець [12]. Крім того, пацієнтці нагадували, що необхідно пролікувати гепатит С, оскільки він може поступово призвести до цирозу печінки та печінкової недостатності. Повідомлялося, що існують програми, за якими пацієнти отримують безоплатне та ефективне лікування. Пацієнтка обіцяла це зробити, як тільки стабілізує свій психологічний стан, що порушився через нервові розлади в сина та війну.

Слід відзначити, що проблема народження дітей жінками з ВІЛ є окремим викликом [10, 22], у тому числі для ЛЗП-СМ. Зафіксовано, наприклад, що рівень вагітності серед ВІЛ-інфікованих жінок у Кореї нижчий, ніж серед загального населення [7]. Хоча спостерігалось кілька несприятливих наслідків вагітності, ефективні профілактичні заходи успішно запобігали передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини. Жінки мають пройти тест на ВІЛ перед вагітністю або на ранніх стадіях кожної вагітності, включно з III триместром. Раннє виявлення ВІЛ дає змогу швидко почати АРТ [5, 19].

Перинатальна передача ВІЛ – це передача вірусу від матері до дитини під час вагітності, пологів або годування груддю. Застосування АРТ під час вагітності та пологів знижує ризик перинатальної передачі ВІЛ до 1% у США та Європі. Більшість вагітних жінок із ВІЛ можуть народжувати природним шляхом, але в разі високого або невідомого вірусного навантаження рекомендується кесарів розтин. Новонароджені отримують антиретровірусні препарати для зниження ризику передачі ВІЛ. Приймання АРТ під час годування груддю знижує ризик передачі ВІЛ до менш ніж 1% [13, 23]. У роботі [16] досліджено, що розширення послуг із профілактики ВІЛ потрібне для зниження поширеності ВІЛ серед матерів, тоді як розширення доступу до тестування на ВІЛ прискорить початок АРТ серед ВІЛ-інфікованих.

У нашому клінічному випадку пацієнтка з ВІЛ свідомо народила від чоловіка, який також мав ВІЛ. Завдяки АРТ дитина народилася і виросла без ВІЛ-інфекції. У 2023 р. в усьому світі було 1,2 млн вагітних із ВІЛ, з яких близько 84% отримували антиретровірусні препарати для запобігання передачі інфекції від матері до дитини [24, 25].

ЛЗП-СМ разом з іншими спеціалістами має впроваджувати глобальні ініціативи, спрямовані на подолання епідемії ВІЛ / СНІДу до 2030 р. Основні стратегії включають:

- **Цілі ЮНЕЙДС 95-95-95:** прагнення до того, щоб 95% людей, які живуть із ВІЛ, знали свій статус; 95% тих, у кого встановлений діагноз, отримували тривалу АРТ; 95% тих, хто приймає АРТ, досягли пригнічення вірусу [17].
- **Доконтактна профілактика (PrEP):** розширення доступу до PrEP продемонструвало ефективність у запобіганні передачі ВІЛ серед груп високого ризику [6].

- *Освітні та просвітницькі кампанії*: просування практик безпечного сексу й зменшення стигматизації через залучення громади [15].
- *Дослідження та інновації*: поточні дослідження вакцин і стратегій лікування залишаються пріоритетом [21].

Широко відомі й заходи боротьби з ВІЛ/СНІДом [14]. Це розширення доступу до АРТ: збільшення кількості центрів, де можна отримати АРТ, та зниження вартості препаратів. Важливими є програми профілактики: проведення освітніх кампаній щодо безпечної сексуальної поведінки та безпеки ін'єкційного вживання наркотиків. Має бути підтримка ключових груп населення: спеціалізовані програми для споживачів наркотиків, працівників комерційного сексу та інших уразливих груп. Необхідна також міжнародна співпраця з міжнародними організаціями для отримання технічної та фінансової підтримки.

Станом на 2022 р. приблизно 38 млн людей у світі жили з ВІЛ [22]. Хоча щорічна кількість нових випадків інфікування зменшилася після піку епідемії, у 2021 р. у світі було зафіксовано близько 1,5 млн нових випадків ВІЛ-інфекції [4, 15]. Стійке високе число нових випадків інфікування підкреслює поточні виклики стримування поширення ВІЛ. Але його розповсюдження має свої регіональні відмінності:

- *Африка на південь від Сахари*: цей регіон несе найбільший тягар, на нього припадає близько 67% усіх людей, які живуть із ВІЛ у всьому світі [19]. Східна та Південна Африка є найбільш постраждалими територіями в регіоні.
- *Азіатсько-Тихоокеанський регіон*: приблизно 6 млн людей живуть із ВІЛ, кількість нових інфекцій повільно знижується завдяки збільшенню заходів із профілактики [20].
- *Східна Європа та Центральна Азія*: на відміну від глобальних тенденцій, у цих регіонах спостерігається зростання нових випадків ВІЛ-інфекції, переважно через обмежений доступ до профілактичних послуг і стигму, пов'язану з ключовими групами населення [11].

- Латинська Америка та Карибський басейн: поширеність залишається відносно стабільною, але в деяких країнах рівень захворюваності вищий через соціально-економічні відмінності [22].
- Північна Америка та Західна Європа: широкий доступ до АРТ призвів до значного зниження смертності від СНІДу та стабілізував рівень нових інфекцій [6].

Таким чином, попри прогрес у зниженні кількості нових інфекцій і покращенні доступу до лікування, ВІЛ / СНІД залишається критичною глобальною проблемою охорони здоров'я [9]. Важливо звернути увагу на соціально-економічні, культурні та політичні фактори, що впливають на поширеність. Для досягнення мети подолання епідемії ВІЛ / СНІДу необхідні постійна міжнародна співпраця та відданість [15]. Проблема ВІЛ / СНІДу в Україні вимагає комплексного підходу, що включає медичні, соціальні та освітні заходи. Зменшення стигми, покращення доступу до лікування та підвищення обізнаності населення є ключовими кроками на шляху до подолання епідемії. Сімейний лікар відіграє значну роль у реалізації цих задач [26], оскільки він, відповідно до своїх функцій, зокрема здійснення тривалого нагляду за хворими, має покращувати прихильність пацієнтів до лікування, боротися з їхніми хибними поглядами й таким чином запобігати ускладненням хвороби.

## ВИСНОВКИ

1. Сімейний лікар є центральною фігурою в запобіганні ВІЛ / СНІДу, забезпеченні якості та подовженні тривалості життя таких пацієнтів, а також у сприянні народження жінками з ВІЛ здорових дітей.
2. Потрібно впроваджувати додаткові навчальні тренінги для сімейних лікарів з обізнаності про виклики при веденні таких пацієнтів.
3. У зв'язку з підвищеним навантаженням на сімейного лікаря при укладенні декларації пацієнтів із ВІЛ / СНІДом доцільно клопотати перед Національною службою здоров'я України про підвищення оплати праці.

## Відомості про авторів

**Чабан Тарас Іванович** – ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка; тел.: (067) 239-40-23. *E-mail: chaban.taras@knu.ua*

ORCID: 0000-0002-4310-5465

**Закрутько Леся Іллівна** – ПВНЗ «Київський медичний університет». *E-mail: lzakrutko@ukr.net*

ORCID: 0000-0002-4949-0413

**Лаврінчук Ірина Олександрівна** – ПВНЗ «Київський медичний університет». *E-mail: lavri.inc@gmail.com*

ORCID: 0009-0003-2566-3070

**Бульда Володимир Іванович** – ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка. *E-mail: vbulda@knu.ua*

ORCID: 0000-0001-9003-8384

**Кармазін Ярослав Омелянович** – ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка. *E-mail: yaroslav.karmazin@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-9458-2328

**Норейко Сергій Борисович** – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ. *E-mail: normansb62@gmail.com*

ORCID: 0000-0003-3139-5968

**Барабанчик Олена Володимирівна** – ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка. *E-mail: alenabarabanchyk@gmail.com*

ORCID: 0000-0003-2670-8448

## Information about the authors

**Chaban Taras I.** – ESC “Institute of Biology and Medicine” of Taras Shevchenko National University of Kyiv; tel.: (067) 239-40-23. E-mail: [chaban.taras@knu.ua](mailto:chaban.taras@knu.ua)

ORCID: 0000-0002-4310-5465

**Zakrutko Lesya I.** – PHEE “Kyiv Medical University”. E-mail: [lzakrutko@ukr.net](mailto:lzakrutko@ukr.net)

ORCID: 0000-0002-4949-0413

**Lavrinchuk Iryna O.** – PHEE “Kyiv Medical University”. E-mail: [lavr.i.inc@gmail.com](mailto:lavr.i.inc@gmail.com)

ORCID: 0009-0003-2566-3070

**Bulda Volodymyr I.** – ESC “Institute of Biology and Medicine” of Taras Shevchenko National University of Kyiv. E-mail: [vibulda@knu.ua](mailto:vibulda@knu.ua)

ORCID: 0000-0001-9003-8384

**Karmazin Yaroslav O.** – ESC “Institute of Biology and Medicine” of Taras Shevchenko National University of Kyiv. E-mail: [yaroslav.karmazin@gmail.com](mailto:yaroslav.karmazin@gmail.com)

ORCID: 0000-0001-9458-2328

**Noreiko Sergiy B.** – Bogomolets National Medical University, Kyiv. E-mail: [normansb62@gmail.com](mailto:normansb62@gmail.com)

ORCID: 0000-0003-3139-5968

**Barabanchyk Olena V.** – ESC “Institute of Biology and Medicine” of Taras Shevchenko National University of Kyiv. E-mail: [alenabarabanchyk@gmail.com](mailto:alenabarabanchyk@gmail.com)

ORCID: 0000-0003-2670-8448

## ПОСИЛАННЯ

- Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. HIV infection in Ukraine. Information Bulletin No. 54. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2023. 84 p.
- Ministry of Health of Ukraine. On Approval of the State Strategy for Combating HIV/AIDS, Tuberculosis and Viral Hepatitis for the Period up to 2030 [Internet]. 2019. Order No 1415-r; 2019 Nov 27. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>.
- Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. Report on the epidemic situation with HIV/AIDS in Ukraine for 2022 [Internet]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2023. Available from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>.
- Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. Statistics on HIV/AIDS. The epidemic situation with HIV infection in Ukraine as of 1.10.2024 [Internet]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2024. Available from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>.
- Anderson K, Kalk E, Heekes A, Phelanyane F, Jacob N, Boule A, et al. Factors associated with vertical transmission of HIV in the Western Cape, South Africa: A retrospective cohort analysis. *J Int AIDS Soc.* 2024;27(3):e26235. doi: 10.1002/jia2.26235.
- Centers for Disease Control and Prevention. HIV Surveillance Report: Diagnoses of HIV Infection in the United States and Dependent Areas [Internet]. Vol. 34. CDCP; 2021. 182 p. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>.
- Choi H, Kim MH, Lee SJ, Kim EJ, Lee W, Jeong W, et al. Pregnancy rates and outcomes of HIV-infected women in Korea. *J Korean Med Sci.* 2018;33(47):e296. doi: 10.3346/jkms.2018.33.e296.
- Cohen MS, Gulick RM, Mitty J. HIV infection: Risk factors and prevention strategies [Internet]. UpToDate. 2025. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/hiv-infection-risk-factors-and-prevention-strategies>.
- Diallo K, Wembulua BS, Aidara M, Alleyo A, Manga NM. Osteonecrosis of the humeral head in a human immunodeficiency virus-infected patient under tenofovir disoproxil fumarate-emtricitabine-lopina- vir/ritonavir for 10 years: a case report. *J Med Case Rep.* 2021;15(1):624. doi: 10.1186/s13256-021-03145-1.
- Ekouevi DK, Larrouy L, Gbeasor-Komlanvi FA, Mackiewicz V, Tchankoni MK, Bitty-Anderson AM, et al. Prevalence of hepatitis B among childbearing women and infant born to HBV-positive mothers in Togo. *BMC Infect Dis.* 2020;20(1):839. doi: 10.1186/s12879-020-05574-7.
- European Centre for Disease Prevention and Control; WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2021 (2020 data) [Internet]. Geneva: WHO; 2021. 120 p. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2021-2020-data>.
- Hasenmajer V, D'Addario NF, Bonaventura I, Sada V, Nardi C, Janini EA, et al. Breaking Down Bone Disease in People Living with HIV: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. In: *Advances in Experimental Medicine and Biology.* Springer, Cham; 2024. doi: 10.1007/5584\_2024\_831.
- Hernando V, Suarez L, Gutierrez G, Lopez JC, Navarro-Soler R, Cabello A, et al. Vaccination trends in people with HIV infection participating in the hospital-based survey of patients infected with HIV, 2006–2021. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed).* 2024;42(7):339-46. doi: 10.1016/j.eimce.2023.07.006.
- UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) UNAIDS Data – 2021. Geneva: UNAIDS; 2021. p. 468.
- LeBoff MS, Greenspan SL, Insogna KL, Lewiecki EM, Saag KG, Singer AJ, et al. The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2022;33(10):2049-102. doi: 10.1007/s00198-021-05900-y.
- Moyo F, Haeri Mazanderani A, Sherman GG, Kufa T. Population-level risk factors for vertical transmission of HIV in the national prevention of mother-to-child transmission programme in South Africa: an ecological analysis. *S Afr Med J.* 2022;112(3):219-26.
- Mugisa B, Sabry A, Hutin Y, Hermez J. HIV epidemiology in the WHO Eastern Mediterranean region: A multi-country programme review. *Lancet HIV.* 2022;9(2):112-9. doi: 10.1016/S2352-3018(21)00320-9.
- National Institutes of Health. Preventing perinatal transmission of HIV [Internet]. NIH; 2024. Available from: <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/preventing-perinatal-transmission-hiv>.
- Phelanyane FM, Heekes A, Smith M, Jennings K, Mudaly V, Pieters P, et al. Prevention of vertical transmission of HIV in Khayelitsha, South Africa: A contemporary review of services after 20 years. *S Afr Med J.* 2023;113(10):14-9. doi: 10.7196/SAMJ.2023.v113i10.861.
- Tegueni K, Gbeasor-Komlanvi FA, Adama OIW, Sadio AJ, Amenyah-Ehlan AP, Dagnra CA, et al. Epidemiological and virological surveillance of the prevention of mother-to-child transmission of HIV among pregnant women in Togo. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024;24(1):278. doi: 10.1186/s12884-024-06435-w.
- UNAIDS. Full report: In Danger: Global AIDS Update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022. 376 p.
- UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics – Fact sheet. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022. 6 p. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
- Wang T, Gu Y, Ran L, Tan X, Peng S. Ways of HIV transmission in China: The effect of age, period, and cohort. *Front Public Health.* 2022;10:941941. doi: 10.3389/fpubh.2022.941941.
- World Health Organization. Global HIV Programme [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/advanced-hiv-disease>.
- World Health Organization. Data on the HIV response [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids/data-on-the-hiv-aids-response>.
- Zhylyka NYu, Pedachenko NYu, Shcherbinska OS, Gruziova TS, Pakhareno LV. Improvement of the health services for the prevention of HIV transmission from mother to child at the level of primary health care. *Wiad Lek.* 2022;75(10):2507-13. doi: 10.36740/WLek202210136.

Стаття надійшла до редакції 03.03.2025. – Дата першого рішення 07.03.2025. – Стаття подана до друку 10.04.2025