

является комбинация софосбувир + омбитасвир/паритапревир/р ± да-сабувир + рибавирин (3D + РБ).

Внедрение в клиническую практику препаратов прямого противовирусного действия для лечения ХГС позволило существенно повысить эффективность лечения, уменьшить продолжительность лечения и частоту возникновения побочных эффектов, а реализация Государственной программы позволила расширить доступ к лечению среди наиболее уязвимых слоев населения.

---

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/637-2013-%D0%BF>

---

Поступила/Received: 14.02.2018  
Контакты/Contacts: [infecto@recipe.by](mailto:infecto@recipe.by)

# ГЕПАСОФТ + ДАКЛАСОФТ



**СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ  
ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С**

**ГЕПАСОФТ**  
Софосбувир  
таблетки 400 мг № 28

**ДАКЛАСОФТ**  
Даклатасвир  
таблетки 60 мг № 28

## Лечение ХВГС без цирроза печени лекарственными средствами прямого действия

Генотип	Без предшествующего лечения или с лечением в анамнезе	Софосбувир + Рибавирин	Софосбувир/ Ледипасвир	Омбитасвир/ Паритапревир/ Ритонавир + Дасабувир	Софосбувир + Даклатасвир
Генотип 1a	Без лечения	Нет	8–12 недель, без рибавирина	12 недель с рибавирином	12 недель, без рибавирина
	Лечившиеся		12 недель с рибавирином или 24 недели без рибавирина		12 недель с рибавирином или 24 недели без рибавирина
Генотип 1b	Без лечения	Нет	8–12 недель, без рибавирина	8–12 недель, без рибавирина	12 недель, без рибавирина
	Лечившиеся		12 недель, без рибавирина	12 недель, без рибавирина	
Генотип 2	Без лечения	12 недель	Нет	Нет	12 недель, без рибавирина
	Лечившиеся	16 недель			
Генотип 3	Без лечения	24 недели	Нет	Нет	12 недель, без рибавирина
	Лечившиеся	Нет			12 недель с рибавирином или 24 недели без рибавирина

- **значительно повышает эффективность лечения в виде достижения высокого УВО у лиц с различными генотипами вирусного гепатита С**
- **в 2–3 раза сокращает длительность терапии**
- **позволяет существенно уменьшить риск развития побочных эффектов\***

### Производитель:

Иностранное производственно-торговое унитарное предприятие «Реб-Фарма»,  
223216, Республика Беларусь, Минская обл., Червенский р-н, г.п. Смиловичи, ул. Садовая, 1;  
тел./факс: (+375) 17 240 26 35;  
e-mail: rebpharma@rebpharma.by

На правах рекламы. Лекарственные средства. Имеются противопоказания и побочные действия. Желательно избегать применения Гепасофт во время беременности. Дакласофт противопоказан в период беременности.

\*Инструкции по применению лекарственных средств Гепасофт и Дакласофт.

WWW.REBPHARMA.BY

 **REB PHARMA**

Голубовская О.А., Высоцкая О.И., Заплотная А.А., Безродная А.В., Сукач М.Н., Высоцкий В.И.  
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Golubovska O., Vysotska O., Zaplotna H., Bezrodna O., Sukach M., Vysotsky V.  
Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

## Роль врачей первичной медицинской помощи в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции: международный опыт (обзор литературы)

The Role of Primary Health Care Physicians in Combating the HIV Epidemic: International Experience (Literature Review)

---

### Резюме

В обзоре литературы проанализированы роль врачей учреждений первичной медицинской помощи в борьбе с распространением ВИЧ-инфекции: раннем выявлении ВИЧ-инфицированных пациентов и направлении их в специализированные центры для получения лечения; особенности тестирования на ВИЧ и связанные с ним этические, психологические и медицинские аспекты.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, первичная медицинская помощь, врачи общей практики – семейной медицины.

---

### Abstract

The review highlights the role of primary health care physicians in combating the spread of HIV infection: early diagnosis of HIV infection in patients and their referral to specialized centers for treatment, peculiarities of HIV testing and related to it ethical, psychological and medical aspects.

**Keywords:** HIV infection, primary health care, general practice – family medicine physicians.

---

### ■ ВВЕДЕНИЕ

Согласно оценочным данным, в Украине насчитывается 240 тыс. людей, живущих с ВИЧ, однако только 132 945 из них знают о своем статусе и находятся под медицинским наблюдением [1]. Таким образом, насчитывается около 100 тысяч недиагностированных случаев ВИЧ-инфекции. Многие люди, не подозревающие о своем статусе, остаются недиагностированными до развития СПИД-ассоциированного состояния или критичного снижения количества CD4-клеток [2–4], когда лечение менее эффективно и результаты в отношении здоровья менее благоприятны [2, 5]. Кроме того, люди с недиагностированной ВИЧ-инфекцией имеют больше шансов передать вирус, чем люди с диагнозом ВИЧ, потому что рискованное поведение в связи с ВИЧ снижается

после того, как человек узнает о своем ВИЧ-положительном статусе [6]. С клинической точки зрения и с точки зрения общественного здравоохранения ранняя диагностика и лечение ВИЧ-инфекции связаны с подавлением активности вируса, улучшением показателей здоровья и снижением риска передачи. В Европе за период с 2000 по 2011 г. в более чем 50% случаев диагноз ВИЧ-инфекции был поставлен поздно (при количестве CD4 ниже 350 клеток/мкл или развитие СПИДа в первые 6 месяцев после постановки диагноза), а в третьей части случаев – очень поздно (при количестве CD4 ниже 200 клеток/мкл).

На уровне общественного здравоохранения поздняя диагностика ведет к возникновению скрытой эпидемии, при которой ряд ВИЧ-инфицированных людей остаются неосведомленными о своем ВИЧ-статусе в течение значительного времени до постановки диагноза. ВИЧ-инфицированные люди, которые не знают о своем статусе, не могут воспользоваться высокоэффективным лечением и могут способствовать продолжающейся передаче ВИЧ-инфекции.

Высокая доля недиагностированной и поздно диагностированной ВИЧ-инфекции является отражением недостаточного тестирования. Барьеры на пути тестирования на ВИЧ могут существовать как на уровне пациентов, так и на уровне поставщиков медицинских услуг, но, согласно данным литературы, пациенты в основном соглашаются обследоваться на ВИЧ [7]. Таким образом, в большинстве случаев невозможность расширить охват тестированием, по-видимому, связана с неуверенностью врачей в необходимости проведения тестирования. Понимание того, почему врачи не проводят регулярное тестирование на ВИЧ, окажется критически важным для успешного выполнения новых рекомендаций относительно тестирования.

Поэтому ранняя диагностика с быстрым началом лечения остается приоритетом в борьбе с эпидемией ВИЧ. Признано, что врачи общей практики играют ключевую роль в тестировании на ВИЧ для раннего выявления случаев заболевания. Врачи общей практики – семейной медицины являются первыми в системе здравоохранения, к кому обращаются пациенты по различным вопросам здравоохранения, включая ВИЧ. Более того, долгосрочные и целостные отношения между пациентом и врачом позволяют предоставлять персонализированную информацию о сексуальном здоровье и возможности повторного тестирования. Тем не менее, в некоторых исследованиях было показано, что у большинства пациентов, кому диагноз ВИЧ-инфекции был поставлен поздно, часто имеются в анамнезе упущенные возможности для более раннего диагноза, включая многократные посещения служб первичной медицинской помощи.

Для дальнейшего продвижения тестирования на ВИЧ в учреждениях первичной медицинской помощи, для разработки новых и улучшения имеющихся практик необходимо было изучить и обобщить данные актуальных научных публикаций по данному вопросу. С этой целью мы проанализировали данные литературы о текущей практике тестирования и консультирования на ВИЧ в учреждениях первичной медицинской помощи, в том числе по инициативе медицинского работника, выборе пациентов для тестирования, сообщении результатов и факторах, которые влияют на этот процесс.

**Тенденции в тестировании на ВИЧ.** Согласно данным ретроспективного когортного исследования, проведенного в период 1995–2005 гг. в Великобритании, частота тестирования на ВИЧ-инфекцию в учреждениях первичной медицинской помощи постепенно увеличивалась, но оставалась низкой и составляла 71,3 и 61,1 тестирований на 100 000 человек в год для мужчин и женщин соответственно [8]. Однако данные результаты неоднородны, тесты на ВИЧ чаще проводились в городских местностях по сравнению с сельскими. Исследование, проведенное в Великобритании с использованием данных тестирования на хламидиоз и ВИЧ, выявило существенные различия. Было показано, что чаще тестирование рекомендовали молодые врачи общей практики, получившие необходимую подготовку по заболеваниям, передающимся половым путем (ИППП), и ВИЧ. Как следствие, они чувствовали себя более комфортно, обсуждая вопросы сексуального здоровья [8].

**Выбор пациентов: кому предложить тестирование на ВИЧ?**

Ориентация пациентов на тестирование на ВИЧ требует понимания их риска инфицирования. В одном бельгийском исследовании было показано, что врачи общей практики не склонны регулярно собирать и записывать информацию о сексуальном здоровье своих пациентов. Сексуальное поведение почти никогда не обсуждается, за исключением случаев наличия жалоб со стороны мочеполовой системы. Вместо этого предположения о риске ВИЧ были основаны на определенных характеристиках пациента, таких как страна происхождения, прошлые эпизоды ИППП и сексуальная ориентация [9]. Исследование среди пациентов с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией в Нидерландах показало, что сексуальная ориентация была отображена в записях пациентов у 34% мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ), а информация о происхождении пациентов из эндемичных по ВИЧ стран у 56% пациентов в группе мигрантов [10].

Для более эффективного выбора пациентов для тестирования на ВИЧ в медицинских учреждениях было разработано несколько руководств и рекомендаций. Например, Британская ассоциация по ВИЧ, Британская ассоциация сексуального здоровья и ВИЧ и Британское инфекционное общество в 2008 г. представили совместные рекомендации с конкретными критериями, применимыми к общей медицинской практике [11]. Однако опрос, проведенный в 2012 г. среди врачей общей практики из районов с низким и высоким уровнем распространенности ВИЧ в Великобритании, показал, что около половины врачей не знали об этих рекомендациях, а третья часть знала, но никогда не читала их. Подобный опрос врачей общей практики в Париже (Франция) показал, что только 45% из них были осведомлены о национальных рекомендациях по скринингу на ВИЧ в общей практике [12, 13].

Были рассмотрены различные подходы к выбору пациентов для тестирования, в том числе и к практике рутинного обследования на ВИЧ всех пациентов, что воспринималось как способ снижения связанной с ВИЧ стигмы. Результаты двух исследований во Франции и одного в Великобритании показали, что большинство врачей общей практики были готовы к проведению рутинного тестирования. Однако рутинный скрининг всех пациентов все же не является стандартной практикой. Вместо этого тестирование на ВИЧ следовало бы предлагать группам

населения с высоким риском заражения ВИЧ, включая людей, употребляющих инъекционные наркотики, работников секс-бизнеса, МСМ и людей из стран с высоким уровнем распространенности ВИЧ [14–16]. В Украине, согласно оценочным данным, распространенность ВИЧ-инфекции в группах высокого риска следующая: среди потребителей инъекционных наркотиков составляет 21,9%, среди работниц секс-бизнеса – 7,0%, среди МСМ – 5% [1].

Согласно руководству, выпущенному в рамках Инициативы по ВИЧ в Европе в 2012 г., рекомендуется проводить тестирование на ВИЧ пациентам с индикаторными заболеваниями – сопутствующими заболеваниями, непропорционально поражающими ВИЧ-инфицированных, что является выполнимой и эффективной стратегией для улучшения диагностики ВИЧ-инфекции. Однако, по данным опроса семейных врачей в Нидерландах, они считают, что перечень индикаторных заболеваний слишком длинный и не применим в его нынешней форме в учреждениях здравоохранения первичной медицинской помощи и поэтому требует модификации. Большинство врачей указало, что было бы целесообразно регулярно предлагать тестирование на ВИЧ пациентам со следующими заболеваниями: ИППП и мультидерматомной или рецидивирующей герпетической инфекцией [12, 14].

**Методика тестирования на ВИЧ.** Предложение теста на ВИЧ без особой заинтересованности пациента, немедленной диагностической необходимости или за пределами клинических показаний или консультации по сексуальному или репродуктивному здоровью обычно вызывает чувство дискомфорта у врачей общей практики, обеспокоенных потенциальной реакцией пациента. Поэтому практика тестирования на ВИЧ обычно ограничивается вышеупомянутыми ситуациями. Так, в ряде исследований, в которых оценивались условия тестирования на ВИЧ, было показано, что информированное согласие часто специально запрашивается. Врачи считали, что пациенты были достаточно информированы, чтобы согласиться или отказаться от теста на ВИЧ. Отрицательные результаты теста сообщались либо по телефону, либо во время последующей консультации. Послетестовое консультирование обычно не проводилось, если результаты теста были отрицательными. Положительные результаты теста сообщались лично, чтобы облегчить первый шок после постановки диагноза, предоставить информацию об эффективном лечении. Однако некоторые врачи не предлагали никаких послетестовых консультаций, они просто направляли пациентов в специализированную клинику по лечению ВИЧ. Во французском исследовании среди врачей общей практики 69% опрошенных врачей сообщили, что никогда не сообщали своим пациентам диагноз ВИЧ-инфекции [14, 18].

Что касается типа используемых тестов на ВИЧ, то было показано, что немногие врачи-терапевты знают о быстром тестировании на ВИЧ, даже среди тех, кто проводил другие экспресс-тесты. Тем не менее, использование быстрых тестов было одобрено в качестве быстрого и приемлемого для снижения риска того, что пациенты не вернутся за результатами своих тестов. Однако многие терапевты не знали, как их использовать. Потенциальные ошибки интерпретации теста, сложность контроля качества и значительно более длительное время консультации рассматривались как препятствия для использования быстрых тестов в

повседневной практике. Некоторые врачи не были заинтересованы в использовании быстрого тестирования из-за сложности скрининга на другие ИППП одновременно [14, 19].

**Факторы, негативно влияющие на практику тестирования на ВИЧ.** В исследовании, проведенном в США, были проанализированы факторы, влияющие на практику обследования на ВИЧ, и был указан 41 барьер на пути к тестированию. Самыми значимыми из них были: нехватка времени; процесс взятия письменного согласия; отсутствие знаний/обучения по ВИЧ-инфекции; отсутствие толерантности к ВИЧ-инфицированным; наличие других приоритетных клинических вопросов и неадекватная оплата [20].

Было высказано опасение, что предложение теста на ВИЧ во время консультации по явно не связанной медицинской жалобе может нарушить процесс консультации. В то время как некоторые доктора придерживались прагматического подхода и понимали, что предварительное обсуждение может быть кратким и сфокусированным, другие полагали, что это сложный и длительный процесс. Когда речь шла о тестировании мигрантов, сообщалось о языковых барьерах и отсутствии навыков сексуального консультирования с учетом культурных особенностей.

Наконец, врачи общей практики выразили обеспокоенность по поводу результатов тестирования, в частности, сообщения результатов теста и потенциальной диагностики ВИЧ-инфекции. В свете этих опасений некоторые врачи общей практики предположили, что тестирование лучше всего проводить специализированным персоналом, таким как консультанты по сексуальному здоровью. Тем не менее, некоторые понимали, что им необходимо чаще предлагать тестирование на ВИЧ, когда новые диагнозы были поставлены в результате их вмешательства, и когда этим людям было назначено лечение [14–16, 18].

Исследование, проведенное в Великобритании, также выявило необходимость в дополнительном обучении. Врачи общей практики определили конкретные потребности в обучении в отношении эпидемиологии и профилактики ВИЧ, преимуществ лечения при ранней диагностике и лечении ВИЧ сразу после постановки диагноза. В ряде исследований было высказано предположение, что предоставление конкретного тренинга, практических рекомендаций или программы продвижения положительно сказалось на результатах тестирования врачей общей практики [10, 19].

## ■ ОБСУЖДЕНИЕ

Повышение своевременного проведения тестирования на ВИЧ и сокращение числа недиагностированных случаев является приоритетной областью лечения и профилактики ВИЧ. Международные и европейские рекомендации настоятельно призывают к расширению и интенсификации моделей тестирования на ВИЧ в медицинских учреждениях. Первичная медицинская помощь – это передовая служба, предоставляющая основную, базовую медицинскую помощь и интегрированные возможности для профилактики заболеваний, укрепления здоровья и раннего выявления заболеваний. Врачи семейной медицины – общей практики должны играть главную, ключевую роль в инициированном поставщиками медицинских услуг тестировании на ВИЧ с целью раннего выявления

случаев инфицирования, что в свою очередь может оказать существенное влияние на эпидемию. Данный обзор показывает, что существуют возможности для повышения роли врачей общей практики – семейной медицины в тестировании на ВИЧ по инициативе медицинских работников. Имеющаяся литература показывает, что пациенты обычно соглашались на предложение пройти тестирование на ВИЧ при оказании первичной медицинской помощи, особенно в рамках общего обследования или консультации по вопросам сексуального здоровья. Тем не менее, были определены несколько барьеров, которые препятствуют широкому внедрению практики тестирования на ВИЧ. Следует сосредоточиться на этих барьерах и возможных путях их устранения.

Результаты этого обзора показывают, что врачи общей практики – семейной медицины часто не в полной мере осведомлены об особенностях эпидемии ВИЧ-инфекции и рекомендациях по тестированию в своих странах. Они запрашивают необходимую информацию и дополнительное обучение по этим темам. Предоставление информации об эпидемии ВИЧ-инфекции, особенно об оценках невыявленной распространенности ВИЧ и времени для диагностики по ключевым группам населения и географическому региону, будет иметь основополагающее значение для повышения осведомленности среди врачей общей практики [21].

Во время консультаций сексуальное поведение редко обсуждается врачами общей практики – семейной медицины, и они чувствуют себя некомфортно, активно предлагая тест на ВИЧ. Практика тестирования на ВИЧ преимущественно основана все еще на просьбе пациента, за явленным риске или знании о том, что ВИЧ-статус может повлиять на немедленное клиническое решение. Было показано, что регулярное предложение теста на ВИЧ-инфекцию для определенных индикаторных заболеваний ВИЧ, таких как ИППП, осуществимо и эффективно. Тем не менее, наблюдаются заметные различия в подходах и методах использования полного списка клинических заболеваний, связанных с показателями ВИЧ. Следует разработать практические рекомендации, позволяющие врачам общей практики максимально эффективно выявлять людей с высоким риском заражения ВИЧ, которым необходимо проводить регулярное обследование. Составление краткого списка с индикаторными заболеваниями ВИЧ, обычно наблюдаемыми в первичной медицинской помощи, также может быть интересным вариантом. В качестве обязательного условия использования этих инструментов врачи общей практики должны быть обучены совершенствованию навыков в обсуждении сексуального здоровья, межкультурной компетенции и точном распознавании состояний, связанных с ВИЧ [17, 20, 21].

Наблюдаемый недостаток опыта в предоставлении результатов тестирования или информировании о диагнозе ВИЧ-инфекции может быть дополнительным препятствием для готовности врача общей практики предлагать тестирование на ВИЧ. Процесс тестирования на ВИЧ должен соответствовать международной нормативно-правовой базе. К процедурам консультирования перед тестированием и информированного согласия следует подходить прагматично, без сложных и трудоемких операций, при соблюдении конфиденциальности и права пациента отказаться от тестирования.