

Семигіна Т. В.,

канд. політ. наук, доцент Національного університету
«Києво-Могилянська академія»

Вовкогон О. Ю.,

аспірантка Національного університету «Києво-Могилянська академія»

ПОШИРЕННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ В УКРАЇНІ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

У статті на основі аналізу документів, статистичних даних та результатів епідеміологічних і соціологічних досліджень визначено сучасний стан поширення ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, наркозалежності та інших хвороб, зміст та практику впровадження заходів первинної, вторинної й третинної профілактики, що впроваджуються в Україні та покликані протидіяти найгострішим соціально небезпечним хворобам, їх залежність від ідеологічних чинників і політичної культури суспільства.

Ключові слова: епідемія ВІЛ/СНІДу, епідемія туберкульозу, епідемія наркозалежності, первинна профілактика, вторинна профілактика, третинна профілактика.

Серед найактуальніших проблем, що потребують негайного розв'язання на державному рівні, можна вирізнити поширення ВІЛ-інфекції, зростання наркозалежності молоді, зловживання алкоголем та тютюном. Окрім того, в Україні поширені й інші соціально небезпечні хвороби – туберкульоз, гепатити, хвороби, що передаються статевим шляхом, тощо. При цьому спостерігається невтішна тенденція до збільшення виявлення негативної поведінки серед молоді, хоча офіційні статистичні дані дають уявлення лише про верхівку «айсберга» проблеми поширення соціально небезпечних хвороб, епідемії яких мають «тіньовий характер».

Наразі соціально небезпечні хвороби – туберкульоз, ВІЛ/СНІД, наркозалежність, гепатити – стали викликами для сучасної системи охорони здоров'я і державної політики в цілому. Ці хвороби, взаємно підсилюючи одна одну, руйнують імунну систему людини. Відправною точкою в багатьох випадках є ін'єкційне вживання наркотиків. Водночас цим хворобам можна запобігти, про що свідчать дослідження українських та зарубіжних вчених, такі втручання повинні орієнтуватися на зміну поведінки і ґрунтуватися на сучасних ідеях. Гостра епідеміологічна ситуація в Україні щодо наркозалежності, ВІЛ/СНІДу та туберкульозу не применшує політичних, суспільних та фахових дебатів щодо доцільності тих чи інших форм профілактики згаданих соціально небезпечних хвороб.

Розгортання в Україні епідемій свідчить, що профілактична робота не достатня й потребує ретельного вивчення. В останні роки проведено низку цікавих досліджень, що дають уявлення про поведінку уразливих груп, особливо груп, уразливих до вірусу імунodefіциту людини, проте не розглянуто політику та практику протидії ВІЛ та іншим епідеміям, зокрема, через здійснення індивідуальної та структурної профілактичної роботи. Хоча в Україні та за кордоном, особливо в середовищі міжнародних донорських організацій, є зацікавленість у вивченні сильних та слабких сторін профілактичних втручань у сфері охорони громадського здоров'я. Ця стаття на основі аналізу документів, статистичних даних та результатів епідеміологічних і соціологічних досліджень визначає сучасний стан поширення ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, наркозалежності та інших хвороб, зміст і практику впровадження поточних профілактичних програм, що діють в Україні й покликані протидіяти найгострішим соціально небезпечним хворобам, з'ясує їх залежність від ідеологічних чинників та політичної культури суспільства.

1994 року в Україні оголошено *епідемію ВІЛ/СНІДу*. Епідемія ця стосується передовсім молоді, людей продуктивного віку та їхніх дітей. З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році і до 2009 року включно, офіційно зареєстровано 161 119 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 31 241 випадків захворювання на СНІД та 17 791 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

За даними Міністерства охорони здоров'я України, за 2009 рік офіційно зареєстровано 19 840 нових випадків ВІЛ-інфекції, а 4437 особам встановлено діагноз СНІД. Наприкінці року на обліку в ме-

дичних закладах (що не обов'язкове для тих, у кого виявлено інфекцію) перебувало 101 182 ВІЛ-інфікованих, з них 11 827 – хворих на СНІД. З тих, хто перебував на обліку, 48 % були інфіковані парентеральним шляхом (11 випадків унаслідок переливання крові або 11 компонентів, 6 – медичних втручань і 21 – немедичних втручань, 1 випадок – професійного інфікування, решта 48 604 випадки – під час уведення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом), 41 % – статевим шляхом, 9 % – передача вірусу від матері до дитини, у 2 % випадків шлях інфікування не визначено [1]. При цьому, хоча основною рушійною силою у поширенні ВІЛ залишаються споживачі ін'єкційних наркотиків, з року в рік зростає частка тих, хто інфікувався статевим шляхом. Збільшення кількості заражень гетеросексуальним шляхом, очевидно, приховує досить велику частку передачі ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками.

Зростання гетеросексуального шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку спричинило поступове збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. На 1 січня 2010 року під наглядом перебувають 2418 дітей, у яких діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено, у тому числі 575 дітей хворих на СНІД, та 6222 дитини в стадії підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції.

За кількістю зареєстрованих нових випадків інфікування ВІЛ у 2009 році перші місця посідали Донецька (4061 випадок), Дніпропетровська (3626 випадків) та Одеська (1568 випадків) області. У той час як за кількістю осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ у перерахунку на 100 000 населення лідирують Дніпропетровська область (107,9 випадків), Миколаївська (94,8) та Донецька (90,8) області.

Поширюється ВІЛ переважно серед людей працездатного віку, адже осіб, старших 49 років, серед тих, кому офіційно встановили у 2009 році діагноз ВІЛ-інфікований, було лише 765 осіб, тобто 4 % (див. рис. 1) [2]. Слід зазначити, що в останні роки зменшується частка випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15–24 роки серед усіх уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції: у 2006 році – 16 %, у 2007 – 15 %, у 2008 – 13 %, у 2009 році – 12 %. Частина фахівців пов'язує це із успіхами профілактичної роботи, а деякі науковці привертають увагу до демографічних змін структури населення, зокрема зменшення частки вікової групи 15–24 роки.

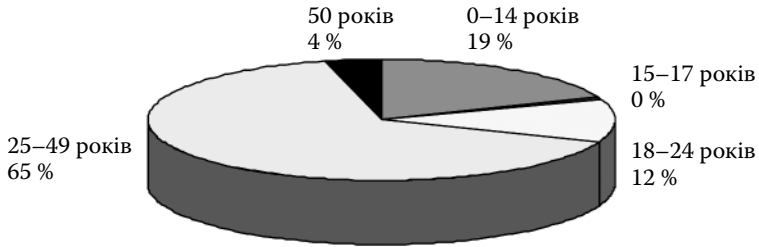


Рис. 1. Розподіл за віком тих, кому в 2009 році було вперше встановлено діагноз ВІЛ-інфекція (за даними Держкомстату України)

Попри впровадження в Україні масштабних програм протидії, фінансованих державою та міжнародними донорами, впродовж останніх років спостерігається зростання інфікування ВІЛ, а смертність від синдрому набутого імунodefіциту (СНІДу) залишається високою. Хоча завдяки впровадженню сучасного антиретровірусного лікування для ВІЛ-позитивних темпи приросту нових випадків СНІДу пригальмувались (див. рис. 2) [2].



Рис. 2. Динаміка поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу в Україні в 2000–2009 роках (за даними Держкомстату України)

Загальноновизнаним є факт, що офіційні дані не відображають реальний масштаб епідемії ВІА/СНІДу в Україні, зокрема справжню кількість людей, інфікованих ВІА. Вони лише надають інформацію про осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІА, у кого виявлено ВІА-інфекцію, і хто внесений до офіційного реєстру випадків ВІА-інфекції. Значно більша кількість громадян може бути інфікована, але вони не знають цього або тестувались у приватних лабораторіях, які неофіційно здійснюють таке тестування.

Експертні оцінки стосовно поширення ВІА/СНІДу в Україні засвідчують, що на початок 2010 року в Україні мешкало 360 тисяч людей, віком від 15 років і старше, інфікованих ВІА. Ці дані відрізняються від даних офіційної статистики кількості осіб, які живуть з ВІА/СНІДом, і перебувають під диспансерним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я (101 182 особи) на початок 2010 року. Відмінність між цими показниками свідчить, що лише 28 %, або кожний четвертий з осіб, які живуть з ВІА в Україні, пройшов тест на ВІА і знає про свій ВІА-позитивний статус. Така необізнаність щодо власного статусу становить додаткову загрозу та ризик необережного інфікування інших осіб.

За даними епідеміологічних досліджень, у 2009 році поширеність ВІА серед споживачів ін'єкційних наркотиків становила 22,9 %, засуджених – 15 %, серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, – 13,2 %, серед чоловіків, які мають секс із чоловіками, – 8,6 %. В останні роки епідемія ВІА поступово зміщується від груп високого ризику в бік загального населення і найбільше вражає дітей та жінок. Особливо виразно це простежується в регіонах, де зафіксовано високий загальний рівень поширення ВІА. Так, в Одеській та Миколаївській областях значна частка вагітних жінок у міських районах є ВІА-позитивними (понад 1 %) [4].

У 2009 році від СНІДу померло майже 2,5 тисячі людей, з них – 13 дітей (порівняно загальна смертність від цієї соціально небезпечної хвороби скоротилась на 5 %). Низькі темпи скорочення смертності від СНІДу можна пояснити тим, що ВІА-інфекцію у її носіїв виявляють на пізніх етапах розвитку захворювання, коли наявна антиретровірусна терапія не в стані пригальмувати процеси повного руйнування імунітету. Слід також зауважити, що далеко не всі ВІА-позитивні помирають від СНІДу. Приблизно половина з них іде з життя через легеневий та позалегеневиий туберкульоз, котрий уражає людей із низьким імунітетом. Згідно з деякими

джерелами, офіційні показники смертності від ВІЛ/СНІДу можуть становити лише частину справжньої кількості смертей від цієї інфекції. За оцінками Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, на кожну людину, яка помирає від СНІДу, припадає троє ВІЛ-позитивних осіб (переважно молодих ін'єкційних наркозалежних), які вмирають від вторинних причин – від передозування чи самогубства.

Поширеність ВІЛ та СНІДу в Україні значно вища, ніж у західно-європейських країнах і навіть у країнах СНД (див. рис. 3) [12].

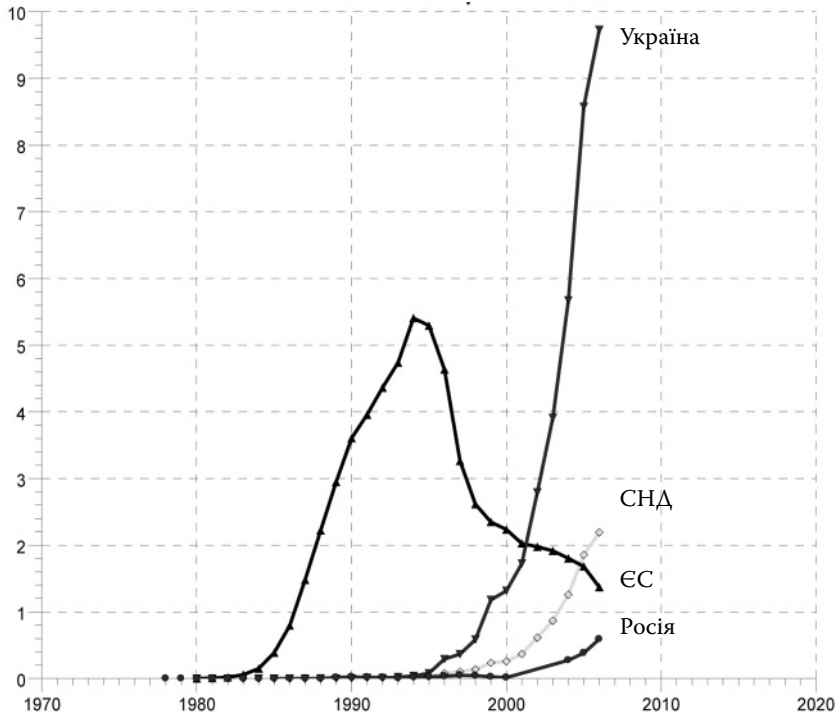


Рис. 3. Динаміка захворюваності на СНІД на 100 тис. населення у країнах ЄС, Україні, Росії та СНД (за даними Європейського бюро ВООЗ)

Отже, як засвідчує статистика, епідемія ВІЛ-інфекції в Україні невпинно поширюється, причому переважно в молодіжному середовищі. Незважаючи на ріст питомої ваги статевого шляху пере-

дачі ВІЛ, споживачі ін'єкційних наркотиків залишаються основною «рушійною силою» поширення цієї інфекції в Україні.

У 1995 році в Україні була оголошена *епідемія туберкульозу*. За даними Міністерства охорони здоров'я України, захворюваність на туберкульоз, починаючи із 1992 року, неухильно зростала і збільшилась за цей період у 2,4 рази – з 35,0 випадків на 100 тисяч населення до 84,5 у 2005 році, коли зафіксовано максимальний рівень цього показника. Показник смертності за період епідемії збільшився в 2,7 рази – із 9,5 випадку у 1992 році до 25,3 випадків на 100 тисяч населення в 2005 році. У 2009 році захворюваність на туберкульоз становила 72,7 випадків на 100 тисяч населення (33424 осіб), що на 6,6 % менше, ніж у 2008 році і на 13,6 % менше порівняно з 2005 роком, коли відзначали максимальний рівень цього показника. Рівень смертності знизився за чотирирічний період на 28,1 % з – 25,3 до 18,2 випадків на 100 тисяч населення у 2009 році (див. табл. 1) [11]. Однак слід звернути увагу на думку тих фахівців, які вважають, що офіційна цифра хворих на туберкульоз в Україні, як і у випадку із іншими соціально небезпечними хворобами, є применшеною принаймні втричі.

Таблиця 1. Динаміка кількості хворих з новими випадками туберкульозу, померлих та хворих на активний туберкульоз за 2005–2009 рр. (за даними МОЗ України)

Найменування	Абсолютні числа					Різниця 2005–2009
	2005	2006	2007	2008	2009	
Нові випадки туберкульозу	39608	38884	37095	35925	33424	–6184
Померлі від туберкульозу	11896	10417	10506	10357	8381*	–3515
Кількість хворих на активний туберкульоз	103177	99247	93195	88758	83990	–19187

*Дані про померлих за 2009 рік – попередні.

Знизився та стабілізувався рівень захворюваності підлітків і в 2009 році, зокрема він становив 31,2 випадків на 100 тисяч підліткового населення. Захворюваність на туберкульоз дітей віком 0–14 років включно за весь період незалежності України не зазнала змін і становила в 2009 році 575 дітей, тобто 8,9 випадків на 100 тисяч дитячого населення (див. рис. 4).

Близько 86 % хворих на туберкульоз – це особи працездатного і репродуктивного віку, половина із них – особи працездатного віку, які не працюють. Вважається, що 80 % хворих на туберкульоз

перебувають за межею бідності. Водночас зростає їх кількість і серед представників відносно благополучних, навіть заможних груп населення.



Рис. 4. Захворюваність та смертність від туберкульозу в Україні за 1995–2009 роки (за даними МОЗ України)

Захворювання на туберкульоз поширено в пенітенціарній системі. Наразі показник захворюваності на туберкульоз (кількість вперше виявлених хворих на туберкульоз на 100 тисяч осіб) в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах протягом останніх 10 років має стійку тенденцію до зниження і стабілізації та зменшився у 4,7 рази з 2000 року (2000 рік – 4873,6; 2009 рік – 1030,5). У 2009 році цей показник залишився на рівні 2008 року та становив 1030,5 на 100 тис. осіб (2008 рік – 997,6). Проте він у 14 разів перевищує показник захворюваності серед населення України в цілому (72,7 на 100 тис. населення).

Збільшується поєднане захворювання на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію. Якщо в 2007 році показник поєданого захворювання становив 5,0 випадків на 100 тисяч населення, то в 2009 році його рівень сягав уже 7,4 випадків [11].

Особливістю поширення туберкульозу в нашій країні є пізні виявлення, що водночас стає однією з основних причин зростання рівня смертності від цієї хвороби. Так, за останні 15 років зростає

кількість померлих від туберкульозу, котрі перебували під диспансерним наглядом менше року. Усе частіше туберкульоз діагностується тільки після смерті хворого – під час автопсії (розтину), це означає, що людина тривалий час була носієм інфекції, сама про це не відаючи.

За критеріями ВООЗ, показник захворюваності на туберкульоз, що перевищує 30 випадків на 100 тисяч населення, відповідає високому рівню захворюваності. В Україні він, як зазначалося, понад 70 випадків. Епідемічні показники щодо туберкульозу в Україні вищі за показники у розвинених країнах у 10–12 разів, проте вони відповідають рівню інших держав СНД (рис. 5) [12].

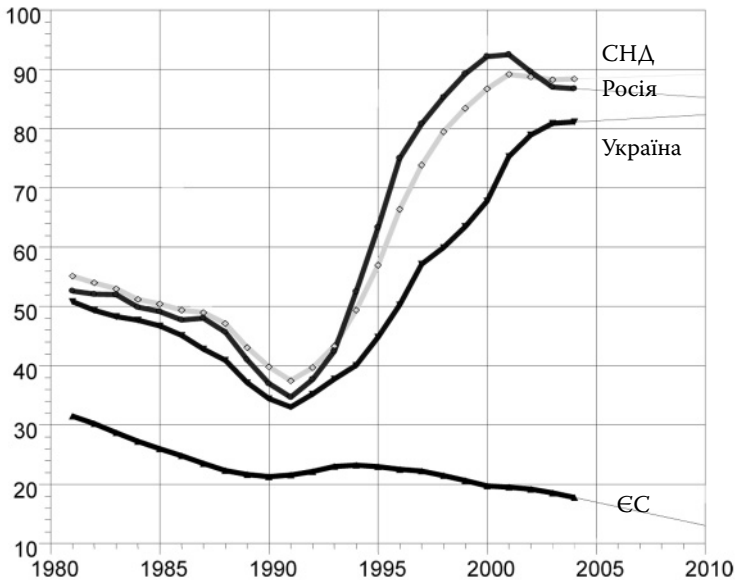


Рис. 5. Захворюваність на туберкульоз на 100 тисяч населення (всі форми) у країнах ЄС, Україні, Росії та СНД (за даними Європейського бюро ВООЗ)

Отже, в Україні зростання захворюваності на туберкульоз набуває загрозливих темпів, оскільки охоплює все нові верстви населення, зокрема, дітей та молоді.

Епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу в Україні збіглися в часі з *епідемією ін'єкційної наркоманії*, яка теж має «молодіжне обличчя» і фактично сприяє поширенню інших соціально небезпечних хвороб.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2007–2009 рр. поширеність на розлади психіки та поведінки від вживання наркотичних речовин зареєстровано серед 81,2 тис. (174,7 на 100 тисяч населення), 80,1 тис. (176,1/100 тис.) та 78,9 тис. (171,7) осіб відповідно, а захворюваність – серед 5,2 тис. (11,4/ 100 тис.), 5,5 тис. (12/100 тис.) і 5,9 тис. (12,8/100 тис.). Хоча офіційна статистика Міністерства охорони здоров'я України дає позитивну динаміку зловживання наркотиками серед неповнолітніх (дещо зменшується кількість дітей та підлітків, зареєстрованих у наркологічних диспансерах), проте реальну ситуацію із наркоманією в молодіжному середовищі оцінити важко. Причини – поширеність «анонімного» лікування, вживання клубних наркотиків та побутових речовин, не звертання по медичну допомогу дітей і молоді із родин, які не можуть дозволити лікування, або дітей та молоді, що живуть і працюють на вулиці.

За даними МВС України, станом на 1 січня 2010 року на профілактичних обліках дільничних інспекторів міліції перебувало 158,6 тисяч наркоманів (174,1 тисяч у 2008 р.), додатково на облік у 2009 році було поставлено 26,2 тисяч наркоманів (29,9 тисяч у 2008 році).

Реальні масштаби наркотизації населення країни до цього часу залишаються невідомими. За експертними оцінками, загальна кількість осіб з наркотичною залежністю та епізодичних споживачів наркотиків у 5–10 разів більша, ніж офіційно зареєстровано. Фахівці звертають увагу на те, що 80 % наркоманів становить молодь, у тому числі 40 % – неповнолітні. Кількість споживачів наркотичних засобів та психотропних речовин зростає, вік наркозалежної молоді має тенденцію до омолодження. За останні 10 років частка хворих на наркоманію серед неповнолітніх зросла у 6–8 разів, а смертність серед осіб цієї групи – у 40 разів. Хворіє на наркоманію переважно молодь, яка не працює.

Наркотизація молоді становить загрозу демографічній безпеці, оскільки середній вік уражених на наркоманію – 26 років, тобто найактивніший репродуктивний вік.

Люди, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом, мають високий ризик не тільки інфікуватися ВІЛ, а й гепатитами В і С. Викликано це, зокрема, сформованою в Україні культурою колективного споживання наркотиків, продажем наркотиків, що вже набрані в шприци, тощо. За даними українського бюро Всесвітньої органі-

зації охорони здоров'я (ВООЗ), носіями гепатитів є 6 % дорослого населення, громадські організації налічують всі 9 %. При цьому і практики і теоретики епідеміології сходяться на тому, що понад 90 % хворих не знають про свій діагноз, а отримати кваліфіковану медичну допомогу можуть лічені одиниці.

Дані соціологічних досліджень засвідчують високий **рівень вживання психоактивних речовин** (тютюну, алкоголю та наркотиків) серед молоді. Згідно з дослідженнями Українського інституту соціальних досліджень ім. О. Яременка, здійсненими в 1995, 1999, 2003 та 2007 рр. за сприянням Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), на вік 13–14 років припадає найбільша питома вага учнів, що починають вживати пиво та алкогольні коктейлі. У віці 15 років 17 % учнів уживають міцні алкогольні напої. 91 % опитаних хлопців і дівчат вживали алкогольні напої протягом життя хоча б раз, з них 23 % вживали алкоголь більше 40 разів. За останній рік перед опитуванням алкогольні напої вживали 84 % підлітків, протягом останніх 30 днів перед опитуванням – 62 %. Кількість молодих людей обох статей, що курить, становить від 5 % серед 11–12-літніх до 50 % серед 15–16-літніх. Досвід куріння мають 72 % юнаків і 57 % дівчат з опитаних молодих людей. Отримані дані підтвердили важливість впливу на поширення куріння серед підлітків таких соціальних чинників, як взаємовідносини з батьками, повнота батьківської сім'ї, задоволення собою та своїм здоров'ям. Найбільший вплив мають компанії друзів з ризикованою поведінкою [6]. Дані Держкомстату дещо скромніші: вибіркоче опитування в домогосподарствах виявило, що звичку курити мала (незалежно від рівня матеріальної забезпеченості) майже чверть населення у віці 12 років і старшому, кожен третій з яких курить понад 20 років. Порівняно з 2008 роком частка осіб, які курять, зменшилася на 2,1 %. Насторожує той факт, що тютюнокуріння найпоширеніше в активному дитородному віці: курять 10 % жінок у віці 18–29 років (у 2008 році – 13 %) [8].

Таким чином, уже не один рік в Україні тривають кілька епідемій, пов'язаних між собою. Стосуються вони переважно людей працездатного віку й передовсім молоді.

Протидія соціально небезпечним хворобам, зокрема їх профілактика на індивідуальному та колективному рівнях, віддзеркалює суспільні цінності та очікування. Відтак рішення в політиці охорони громадського здоров'я ґрунтуються не стільки на визначенні найефективнішої альтернативи з точки зору медичного ефекту і вихо-

дять за межі суто медичних втручань. Важливу роль відіграють чинники середовища політики, в якому вона виробляється, обумовлюються світоглядними, ідеологічними позиціями.

За оцінками Європейського моніторингового центру із наркотиків та наркозалежності (EMCDDA), політика протидії наркозалежності, може ґрунтуватися на:

- 1) каральному репресивному підході, де передбачено тотальну відмову від вживання наркотиків, жорсткі заходи контролю за обігом наркотиків;
- 2) підході, в якому завбачено зменшення шкоди від вживання наркотиків, запровадження так званих низькопорогових програм, що ґрунтуються на контрольованому вживанні наркотичних речовин; цей підхід орієнтований на мінімізацію шкідливих наслідків і соціальних проблем, що виникають у зв'язку з вживанням наркотиків; зменшення поширеності споживання опіоїдів у небезпечних кількостях і небезпечними способами, передовсім груповим способом, а також на попередження залучення нових споживачів у небезпечне для життя і шкідливе для здоров'я споживання наркотиків, особливо молодих людей і підлітків; цей підхід набув особливої популярності з огляду на поширення ВІЛ/СНІДу та гепатитів, які передаються під час вживання наркотиків за допомогою нестерильного інструментарію;
- 3) підході з позицій культурної інтеграції, згідно з яким вживання наркотичних речовин потрібно регулювати тими засобами, що має суспільство для соціального контролю [13]. Політику з позицій культурної інтеграції впроваджують лічені країни, де лікування наркозалежності – одна із можливих форм медичної допомоги, як правило, в цих країнах легалізований продаж «легких» наркотиків тощо.

Відповідно вирізняють два різновиди моделей допомоги споживачам ін'єкційних наркотиків:

- орієнтовані на повну відмову від наркотику, які ґрунтуються на припущенні, що відмова від вживання наркотиків, припинення зловживання призведе до одночасного розв'язання цілого комплексу проблем та негативних наслідків, пов'язаних із зловживанням наркотиками. Їх здійснюють у наркологічних лікарнях, диспансерах, або реабілітаційних центрах. У лікарнях, як правило, вдаються здебільшого до фармакотерапії та обмеження психосоціальних заходів, тоді як у реабілітаційних центрах – тільки

- до психосоціальних. Прикладами програм і заходів, спрямованих на повну відмову людини від наркотиків можуть бути різноманітні реабілітаційні центри та програми духовно-релігійного спрямування, медико-психологічні або соціально-психологічні реабілітаційні програми, програми само- та взаємодопомоги (наприклад, програма «12 кроків»), а також примусове ув'язнення та реабілітація (як виконання покарання за скоєні злочини);
- спрямовані на зменшення шкоди від вживання наркотиків, що базуються на переконаннях про неможливість повного викорінення зловживання наркотиками як суспільного явища і натомість пропонують зосередити увагу на розв'язанні першочергових проблем, спричинених зловживанням наркотиками, мінімізації наслідків зловживання. Така допомога передбачає, зокрема, проходження замісної терапії препаратами наркотичної дії (метадон, бупренорфін тощо), але безін'єкційним шляхом і під наглядом лікарів. У межах такої терапії застосовують психосоціальні заходи, які планують разом із хворим.

Фахівці доводять, що ефективне лікування наркозалежності стало одним із потужних елементів профілактики розповсюдження ВІЛ/СНІДу. Наразі без заміників наркотиків і соціальної підтримки неможливо застосовувати препарати, які подовжують життя ВІЛ-позитивних, й утримати людей від скоєння злочинів заради здобуття чергових доз наркотиків.

У країнах, де сповідують сучасні принципи поводження із споживачами наркотиків і замість репресивних перевага надається медичним та психосоціальним заходам підтримки, епідемію вдається стримувати. Справді, якщо наркоспоживач отримує якісне лікування, то він перестає бути джерелом, що підживлює епідемію, при цьому не має жодного значення, чи сам він був винний у своєму захворюванні, чи хтось інший. А якщо він не отримує такого лікування, то продовжує бути джерелом для нових випадків захворювання і доповнює снігову кулю епідемічного процесу. Слід згадати, що у світі давно вже визначилися з цим питанням: лікувати чи не лікувати наркозалежних. Йдеться лише про те, які методи лікування є найефективнішими та доступними [10].

Слід також зазначити, що профілактична робота із запобігання поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу передбачає здійснення поведінкових втручань на індивідуальному та соціальному рівнях. Індивідуальна робота (тобто робота на мікрорівні) може проводитися як

з однією людиною (кліентом), так і з її найближчим оточенням. Робота ж на соціальному рівні передбачає здійснення впливу на макрорівні, тобто організація різноманітних акцій, найчастіше інформаційних та просвітницьких кампаній, спрямованих на широкі групи населення. Такі активні форми профілактики мають бути орієнтованими на зміну поведінки, а не лише на підвищення рівня обізнаності. При цьому, залякування не дає бажаного ефекту, адже людям властиво не боятися того, чим їх лякають [7].

Масштабне поширення туберкульозу зумовлено і поширенням епідемій наркозалежності та ВІЛ/СНІДу, і соціально-економічною нестабільністю, зниженням життєвого рівня населення, неякісним харчуванням певних груп населення, збільшенням кількості соціально дезадаптованих осіб, а також застосуванням неефективних засобів діагностики, лікування і заходів профілактики. Власне, туберкульоз вважається «соціальною» хворобою і його профілактика повинна бути структурною, зокрема орієнтованою на боротьбу з бідністю і хронічними стресами, що зменшують імунітет людини.

Поширене розуміння профілактики соціально небезпечних хвороб як такої, що може здійснюватися на трьох рівнях – первинному (широка робота з усім населенням), вторинному (робота з найбільш уразливими групами) і третинному (допомога тим, хто вже має ту чи іншу проблему, аби зупинити поширення хвороби чи негативне явище надалі).

Первинна профілактика спрямована на те, щоб сформувані здоровий спосіб життя та запобігти першій спробі вживання наркотиків й алкоголю. Вироблення в суспільстві негативного ставлення до вживання психоактивних речовин, потреби у дотриманні безпечної сексуальної поведінки дає змогу уникати хвороб, які передаються статевим шляхом, зокрема, ВІЛ, а дотримання базових санітарних норм і здорового харчування – убезпечити від розповсюдження туберкульозу тощо. Первинна профілактика виходить із того, що підсумки численних наукових досліджень залежності здоров'я особистості від різних чинників впливу підтверджують: рівень розвитку й стану системи охорони здоров'я у будь-якому суспільстві зумовляє в середньому лише близько 10 % всього комплексу впливів. Решта 90 % припадає на: умови зовнішнього середовища (близько 20 %), на спадковість (близько 20 %) і найбільша – на спосіб життя (50 %). Відтак саме формування здорового способу

життя і зміна чинних підходів до виховання мають перебувати в центрі уваги державної політики.

В Україні питаннями первинної профілактики опікуються численні державні та недержавні структури. Послуги з первинної профілактики ВІЛ надаються державою через систему освіти і центри соціальної служби для дітей, сім'ї та молоді. Однак фінансування з державного бюджету цих напрямків останніми роками майже немає.

За даними опитування керівництва навчальних закладів у межах міжнародного проекту ВООЗ «Health behaviour school-age children» (HBSC), проведеного Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка навесні 2010 року, у всіх типах навчальних закладів, на думку їх керівництва, ведеться цілеспрямована діяльність для здійснення запобіжних заходів зі збереження й зміцнення здоров'я – про це говорять 97 % опитаних керівництва всіх закладів. Правда, лише 56 % загальноосвітніх закладів, 63 % професійно-технічних навчальних закладів та 71 % вищих навчальних закладів мають кошти на поточний навчальний рік для реалізації заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я учнів та студентів. Що стосується шкіл, то такі кошти мають 61 % міських шкіл і лише 51 % сільських. При цьому 90 % керівництва всіх закладів переконані, що цих коштів не достатньо для реалізації заходів із збереження і зміцнення здоров'я в навчальних закладах. Отож заходи із збереження та зміцнення здоров'я на 34 % реалізуються за рахунок державного фінансування, а на 36 % – за рахунок внесків батьків [5].

Ефективність первинної профілактики в Україні низька. Про це свідчить розгортання епідемій соціально небезпечних хвороб, поширення негативних явищ у молодіжному середовищі. Дані соціологічних досліджень підтверджують низьку якість профілактичної роботи. Так, у 2009 році відсоток молодих людей віком 15–24 років, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, становив 40 %, при цьому в період між 2004 і 2007 роками значення показника дещо покращилося, але за останні два роки суттєвих змін не відбулося – він все ще досить далекий від мети, визначеної Україною в межах виконання Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД до 2010 року (95 %). Дослідження свідчать, що рівень охоплення профілактичними програмами невисокий: молодим людям 15–24 років, які брали участь у заходах, присвячених профілактиці ВІЛ,

частіше за все пропонувались досить традиційні форми роботи – лекції та буклети [4].

З огляду на це, необхідно впроваджувати більш систематичну інформаційно-просвітницьку кампанію для молоді на національному рівні задля досягнення наміченої мети – підвищити рівень обізнаності цієї цільової групи про шляхи передачі ВІЛ. Дослідники також звертають увагу, що студенти вищих навчальних та середніх спеціальних навчальних закладів, тобто найбільш сексуально активна вікова група, наразі не охоплені жодними послідовними національними заходами профілактики ВІЛ і вживання наркотиків. Нестача підготовлених вчителів обмежила комплексне впровадження програм обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу в українських школах. Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, що мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо профілактики ВІЛ, не змінився за останні три роки – у 2006 році він становив лише 57 %, а в 2009 році не на багато більше – 58,7 %. Інноваційні засоби пропагування обізнаності щодо ВІЛ/СНІД серед загального населення, такі, як соціальна реклама на радіо та телебаченні або інтеграція просвітницьких кампаній у спортивні або культурні події високого рівня залишаються поодинокими випадками, що не змінюють загального рівня [4].

Просвітницька робота щодо здорового способу життя малоефективна у зв'язку з формальністю, епізодичністю та незначним урахуванням об'єктивних тенденцій у молодіжному середовищі (нав'язування засобами масової комунікації позитивного взірця молодій людині, яка вживає тютюн, алкоголь, наркотики, практикує небезпечний секс; послаблення мотивації до здорового способу життя й віддаленість позитивних здобутків від його реалізації, низький рівень первинних знань, навичок, умінь тощо). Лібералізація статевої моралі в суспільстві, «еротизація» свідомості й поведінки молоді саме через ЗМІ та рекламу зумовлюють прискорення початку статевого життя молодій людині, що є фактором ризику частоти захворювань, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІДу та небажаної вагітності. Проблему пандемії наркоманії та ВІЛ/СНІД можна розв'язати тільки комплексно, беручи до уваги не лише медичні, а й соціальні, психологічні та правові аспекти, що підтверджує досвід країн Заходу.

Варто зауважити, що в Україні, окрім просвітницької роботи, провадиться й державна політика обмеження куріння та вживання алкогольних напоїв. Окремо слід наголосити на прийнятті Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо обмеження споживання і продажу пива та слабоалкогольних напоїв», який сприяє нововведенням у сфері запобігання захворювань, пов'язаних із вживанням алкоголю та слабоалкогольних напоїв. Важливий той факт, що пиво та інші слабоалкогольні напої прирівняли до алкогольних напоїв і заборонили продавати неповнолітнім.

Що стосується первинної профілактики туберкульозу, то слід зазначити про недостатність профілактичних заходів, як соціального, так і лікувального характеру. Наукові дослідження засвідчили, що обсяг і якість профілактичних заходів, зокрема й тих, які стосувалися раннього виявлення туберкульозної інфекції, та ефективність специфічної профілактики БЦЖ в Україні, особливо в останні роки, були недостатні. Приміром, вивчаючи причини несвоєчасного виявлення туберкульозу в дітей, фахівці виявили, що педіатри звертають на цю недугу недостатньо уваги, не завжди обізнані з її діагностикою. Відсутня тісна співпраця між педіатрами і фтизіатрами. Про останнє свідчить тривале (від одного місяця до 1,5 року) неправильне лікування дітей, хворих на туберкульоз, нерідко у кількох лікарнях і з приводу інших хвороб. Крім того, багато дітей, які повинні перебувати під наглядом фтизіатра, не стоять на диспансерному обліку, відтак не охоплені профілактичними протитуберкульозними заходами.

Населення України має низький рівень обізнаності про туберкульоз і загальний низький рівень соціальної культури, що суттєво впливає на ріст захворюваності та смертності від цієї хвороби. Тим часом держава фактично не виділяє коштів на проведення інформаційно-просвітницької роботи серед громадян. Фінансовані державою профілактичні огляди організовано задля виявлення хворих на туберкульоз. За 2009 рік в Україні профілактично оглянуто методом флюорографії дорослого населення 54,1 % (21,3 млн), методом туберкулінових проб дитячого населення 0–14 років включно – 67,9 % (449 тис.) [11]. Утім, флюорографія (скринінгова діагностика), яка нині в Україні в багатьох випадках обов'язкова і підтримується національною політикою, мала б відійти на другий план і поступитися ефективнішому методу – аналізу мокроти, яку відкашлює пацієнт (мікробіологічна діагностика).

Вагомими причинами, що призводять до масштабного поширення туберкульозу, є соціально-економічна нестабільність, зниження життєвого рівня населення, неякісне харчування значних верств населення, збільшення кількості соціально дезадаптованих осіб, а також застосування неефективних засобів діагностики, лікування та заходів профілактики.

Вторинна профілактика орієнтована на осіб, які вже мають ознаки залежності на початковій стадії, а також на представників груп, які мають вищі ризики розвитку залежності, інфікування соціально небезпечними хворобами.

Проблема здійснення вторинної профілактики в Україні полягає в тому, що вона покладається переважно на громадські організації і ними ж здебільшого фінансується. Як виняток, можна назвати діяльність державних центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді й нечисленних центрів ресоціалізації наркозалежної молоді, які надають послуги вторинної профілактики поширення ВІЛ та психоактивних речовин.

Так, профілактика ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків здійснюється державними центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді через мережу спеціалізованих формувань – служби соціально-профілактичної роботи. Станом на 1 жовтня 2009 року при центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді створено і діє 223 служби, більшість з них розташовано в лікарнях, поліклініках та наркодиспансерах. Мета діяльності таких служб – здійснення соціально-профілактичної роботи зі споживачами психоактивних речовин, зокрема й споживачами ін'єкційних наркотиків та особами з числа їх найближчого оточення, яка спрямована на профілактику ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом, інших хвороб, покращення соціального функціонування шляхом зменшення шкоди і негативних наслідків від ін'єкційного вживання наркотичних речовин.

У 2008–2009 роках розгорнуто співпрацю державних та комерційних організацій з метою наближення профілактичних програм до цільових груп та полегшення їх доступу до життєво важливих послуг. Так, спільно з державними соціальними службами і мережею аптек було розширено профілактичні програми у сфері ВІЛ/СНІДу до рівня невеликих міст та районів. Було розпочато профілактику ВІЛ/СНІД для найбільш уразливих груп через 16 регіональних відділень державних соціальних служб у 5 регіонах України.

Протягом 2009 року в межах проектів, підтриманих Глобальним Фондом:

- проведено профілактичну роботу з наркозалежними щодо профілактики ВІА (обмін шприців, надання стерильних засобів тощо) через 108 аптек у 12 регіонах України;
- перевірено експрес-тестами на ВІА-інфекцію майже 130 тисяч осіб з числа груп, найбільш уразливих до ВІА (до речі, у листопаді 2009 року наказом МОЗ України нарешті нормативно урегульовано використання таких тестів);
- започатковано тестування на гепатит В для чоловіків, які мають секс із чоловіками, розроблено пілотний проект із тестування на гепатит В та вакцинацію проти гепатиту В.

За даними Національного звіту з виконання Декларації, рівень охоплення профілактичними програмами становив 32 % для СІН та 59 % – для працівників секс-бізнесу, серед ЧСЧ він становить 63 %, а серед ув'язнених – 15 %.

Міжнародні експерти зауважують не завжди високу якість послуг у сфері вторинної профілактики ВІА/СНІДу. Наразі, за даними Національного звіту з виконання Політичної Декларації з ВІА/СНІД, відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІА-інфекції та знають, як вона не передається, у 2009 році становив 55 %; серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, цей показник – 51 %, серед чоловіків, які мають секс із чоловіками, – 71 %, При цьому, як і раніше, засуджені віком 16–24 роки демонструють гірше знання (38 %), ніж особи віком 25 років і старші (43 %) [4]. Крім того, існує різкий відрив знань від поведінки: при тому, що майже всі молоді люди та представники вразливих до ВІА груп знають, що презерватив або стерильний інструментарій захищає від передачі вірусу, однак використовує їх значно менший відсоток респондентів.

Складна ситуація із впровадженням ефективних профілактичних заходів залишається у в'язницях, де набір базових послуг обмежений і почасти зводиться до лекцій. Дані ж досліджень засвідчують, що переважна більшість ув'язнених (88 %) повідомила про те, що мала статеві контакти з іншими ув'язненими за останні шість місяців, але 87 % ув'язнених вказали, що ніколи не одержували презервативів з будь-якої профілактичної програми, ув'язнені також вживають у місцях позбавлення волі наркотики [3]. Серед

засуджених лише 40 % правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається [4]. Це може свідчити про «закритість» теми статевих контактів і наркозалежності ув'язнених, суспільне табу, що обмежує діяльність із профілактики ВІЛ у тюрмах.

Звернемо увагу й на те, що певна кількість малозабезпечених змушена заробляти собі на проживання наданням сексуальних послуг, потрапляючи таким чином до групи ризику щодо інфікування ВІЛ, це також ускладнює профілактику, адже працівники секс-бізнесу вважаються переслідуваною й маргіналізованою групою. Наявність адміністративної відповідальності за проституцію сприяє зловживанням з боку правоохоронних органів (насильство, жорстке поводження, незаконні затримання), що утруднює профілактичну роботу.

Жорстке законодавство щодо питань протидії незаконному обігу наркотичних речовин створює бар'єри для профілактичної діяльності серед людей із залежністю від хімічних речовин: норма щодо взяття на облік в органах охорони здоров'я та міліції, кримінальне покарання за зберігання невеликої кількості наркотиків для власного споживання заважають втілювати програми зменшення шкоди та замісної терапії.

Невідповідність європейським нормам, замкненість пенітенціарної системи створює проблеми для профілактичної роботи серед ув'язнених, заважає моніторити відповідні зусилля, докладені Департаментом з питань виконання покарань.

Профілактична робота із чоловіками, які мають секс із чоловіками, не входить до компетенції жодного з українських міністерств. Фахівці відзначають, що сприйняття деякими представниками правоохоронних органів та органів охорони здоров'я поведінки таких чоловіків як девіантної призводить до упередженого, дискримінуючого ставлення, що, своєю чергою, є бар'єром для профілактичних програм, які реалізують недержавні організації.

Загалом, втілення програм вторинної профілактики у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та наркозалежності залишається проблемним: з одного боку, держава має обмаль ресурсів на ці програми, з іншого, змістовність та ефективність програм, що реалізуються нині, викликає чимало фахових та громадських дискусій. Наразі поширення ВІЛ/СНІДу кидає виклик усталеним поглядам на «добре» й «погане», на проблеми маргінальності, суспільного остракіз-

му й соціального виключення «інших», тобто людей, що відрізняються від «нормальних», ставить під сумнів такий поділ взагалі та порушує питання відповідальності за власну поведінку [9].

Погіршення епідеміологічної ситуації свідчить, що обсяги, масштаби, якість та інтенсивність заходів профілактики ВІЛ-інфекції серед найбільш уразливих груп населення залишаються недостатніми для зупинення поширення ВІЛ у цих групах та обмеження потенційного поширення ВІЛ на загальне населення. Поточна державна програма протидії ВІЛ/СНІДу, незважаючи на ряд її прогресивних рис, не встановлює чітких пріоритетів у заходах протидії епідемії ВІЛ/СНІД, що відповідають моделі концентрованої епідемії в Україні. Для того, щоб зупинити поширення ВІЛ-інфекції, необхідно терміново посилити інтенсивність заходів профілактики та рівень охоплення груп високого ризику інфікування ВІЛ шляхом перепланування механізму реалізації цих заходів, розширити заходи за рахунок більшої кількості державних служб та відповідних служб у невеликих містах і містечках, забезпечити їх довгострокову діяльність.

Доречно згадати й про дослідження, яке виявило, що чинна українська система протидії поширенню туберкульозу неефективна саме для маргіналізованих і малодоступних груп, котрі найбільше ризикують заразитися. Безпритульні, безробітні або ті, хто зловживає алкоголем, як правило, відвідують туберкульозні диспансери та лікарні тільки на запущеній стадії хвороби, тож для них ризик смертності високий. Ці пацієнти часто пояснюють, що вони «думали, що симптоми зникнуть», або що ці симптоми не здалися їм достатньо серйозними для того, аби звернутися до лікаря. Деякі представники неурядових організацій вважають, що хворих на туберкульоз було б ефективніше лікувати у притулках, оскільки це економічно вигідніше і забезпечує кращий індивідуальний догляд порівняно з лікарняним. На противагу їм певна частина лікарів наполягає, що державне фінансування слід використовувати для зміцнення наявної системи лікування туберкульозу, а не для створення нових альтернатив [14].

Третинна профілактика спрямована на попередження подальшого вживання психоактивних речовин залежним, або ж на зменшення шкоди від такого вживання, а також на ресоціалізацію людей із залежністю, надання послуг людям, які живуть із ВІЛ, або хворіють на туберкульоз, молоді, котра скоїла правопорушення.

У сфері протидії епідемії ВІА/СНІДу в останні роки відбувається розширення мережі закладів, що надають послуги із діагностики та лікування, підтримки ВІА-позитивних людей.

На виконання Указу Президента «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІА-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні» станом на 1 січня 2009 року у всіх обласних та районних центрах створено 637 кабінетів «Довіра». В Україні створено та забезпечено функціонування:

- мережі центрів профілактики і боротьби зі СНІДом (зараз їх налічується 40);
- референс-лабораторії, котру в 2008 році забезпечено необхідним приміщенням на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» Міністерства охорони здоров'я України;
- спеціалізованої клініки національного рівня для лікування ВІА-позитивних дітей.

Щорічно зростає обсяг тестувань на антитіла до ВІА. Наприклад, у 2009 році порівняно з 2008 роком, кількість скринінгових тестувань на антитіла до ВІА збільшилася на 136 тисяч (на 4,2 %), зокрема збільшилася кількість тестувань за рахунок місцевих бюджетів. Також забезпечено можливість безперешкодного безоплатного доступу до тестування вагітних жінок. Окрім цього, фахівцями лабораторної служби освоєно новий діагностичний метод діагностики ВІА-інфекції у дітей раннього віку (3–6 міс. життя).

Зростає охоплення антиретровірусною терапією (АРТ) дорослих та дітей з прогресуючою ВІА-інфекцією: 2006 рік – 2 %, 2009 рік – 48 % (майже 16 тис. осіб). За час впровадження АРТ в країні підвищився професійний рівень фахівців, які супроводжують лікування, покращилась нормативно-правова база та матеріально-технічне забезпечення центрів профілактики і боротьби зі СНІДом. Усе це, а також розширення доступу до АРТ, сприяло продовженню життя пацієнтів – частка людей із ВІА-інфекцією/СНІДом, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії, у 2009 році становила 85 % проти 82 % у 2008 році та 77,6 % у 2007 році. Свідченням рівного доступу АРТ є той факт, що відсоток охоплення цієї терапією жінок, які її потребують, у 2008 році становив 52 %, в 2009 році – 60 %, а чоловіків відповідно – 33 % та 41 %.

У державному бюджеті на 2009 рік статті на послуги з лікування, догляду та підтримки ВІА-позитивних людей були значно ско-

рочені. Фактично, догляд та підтримка цієї соціально уразливої молоді не фінансується національним бюджетом. Послуги по догляду та підтримці надаються в 25 областях України 83 громадськими організаціями для 34 % людей, що перебувають на диспансерному обліку [4].

У цілому, що стосується профілактики ВІЛ/СНІДу, в Україні тривалий час дотримувались медикалізованого підходу до протидії епідемії. Тому серед національних заходів із протидії епідемії домінували лікувальні (третинна профілактика), тобто відбувалась боротьба із наслідками. У той час як ВІЛ належить до так званих «поведінкових» хвороб, адже інфікуванню можна запобігти, дотримуючись безпечної поведінки – уникаючи незахищених статевих контактів, використовуючи стерильний інструментарій для ін'єкцій, гоління тощо.

Одним із дискусійних моментів третинної профілактики ВІЛ (і водночас гепатитів) є запровадження так званих «низькопорогових програм» зменшення шкоди від вживання наркотиків, що ґрунтуються на контрольованому вживанні наркотичних речовин; цей підхід орієнтований на мінімізацію шкідливих наслідків і соціальних проблем, що виникають у зв'язку з вживанням наркотиків; зменшення поширеності споживання опіоїдів в небезпечних кількостях і небезпечними способами, передовсім груповим, а також на попередження залучення нових споживачів у небезпечне для життя і шкідливе для здоров'я споживання наркотиків, особливо молодих людей і підлітків; цей підхід набув особливої популярності з огляду на поширення ВІЛ/СНІДу та гепатитів, які передаються під час вживання наркотиків за допомогою нестерильного інструментарію. Така допомога передбачає, зокрема, проходження замісної терапії препаратами наркотичної дії (метадон, бупренорфін тощо), але безін'єкційним шляхом і під наглядом лікарів. У межах такої терапії застосовують психосоціальні заходи, які планують разом із клієнтом.

В Україні розгортання програм замісної підтримувальної терапії відбувається на базі закладів Міністерства охорони здоров'я України за фінансування міжнародних організацій. Станом на 1 січня 2009 року 5078 пацієнтів у 102 лікувально-профілактичних закладах 26 регіонів України отримували замісну терапію, з них 2219 інфіковані ВІЛ, 538 – отримують АРТ (див. рис. 6) [4].

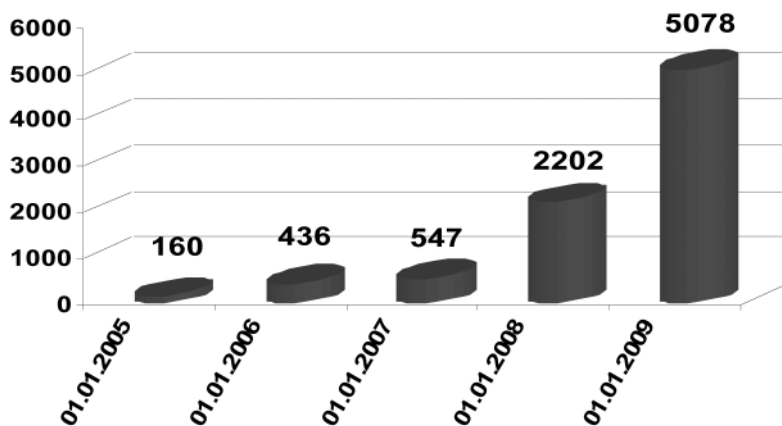


Рис. 6. Кількість пацієнтів, які отримували замісну підтримувальну терапію у 2005–2009 рр.

Еспериментальна діяльність із запровадження замісної підтримувальної терапії, фінансована міжнародними проектами, наштовхнулася на суспільний опір, у тому числі вона наразилася на вкрай негативне ставлення міліції і так званих «батьківських комітетів». Дискусії стосувалися не ефективності медичного втручання, а перетворилися на світоглядні дебати: яке ставлення до наркозалежних має демонструвати суспільство – засуджувальне, каральне, що спирається на цілковиту відмову від наркотиків, чи підтримувальне, толерантне, яке передбачає поступову відмову. Пошук відповідей на питання, яку свободу в цій царині ми можемо собі дозволити, який рівень підтримки для тих, хто вживає наркотики, має забезпечити суспільство, як гарантувати соціальну безпеку, триває донині, що певною мірою зумовлено відкритістю питання стосовно політико-правової моделі держави, яку ми будуємо.

У 2009 році розпочато роботу центрів інтегрованої допомоги для клієнтів замісної підтримувальної терапії. В межах програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні» створено три центри у Полтаві та Миколаєві. На кінець 2009 року 300 учасників програми замісної підтримувальної терапії отримали доступ не тільки до лікування наркозалежності, а й до інших медичних послуг, зокрема, до діагностики та лікування ВІЛ, туберкульозу та інфекцій, що передаються статевим шляхом. Також на базі лікувальних за-

кладів, які у партнерстві з ВІЛ-сервісними організаціями виконують проекти з розбудови центрів інтегрованих послуг, створені сприятливі умови для отримання інших медичних послуг, яких потребують учасники проектів та доступ до психосоціального супроводу.

Незважаючи на збільшення кількості наркозалежних, які отримали доступ до програм замісної підтримувальної терапії, залишається ряд системних законодавчих та організаційних перешкод на шляху розширення замісної підтримувальної терапії в Україні та впровадження інноваційних технологій в цій сфері. В державному національному бюджеті на 2009 рік, так само, як і на 2010 рік, не передбачено закупівлю препаратів для лікування опіоїдної залежності, незважаючи на те, що у поточній державній програмі визначено зобов'язання країни про надання відповідного лікування не менш ніж 20 тис. наркозалежних, 11,2 тис. з яких отримуватимуть замісну терапію за підтримки Глобального Фонду [4].

Слід зазначити, що у світовій практиці функціонує кілька типів установ, які здійснюють реабілітацію та ресоціалізацію наркозалежних (третинну профілактику), кожна з яких відповідає на певні потреби клієнтів. Найпоширеніші серед них: центри детоксикації (надають термінові медичні послуги), стаціонарні реабілітаційні програми (клієнтів госпіталізують на тривалий час), терапевтичні спільноти (передбачають тривале перебування клієнтів та їх високий рівень відданості спільноті, що сприяє здійсненню так званої терапії середовищем), місцеві групи самодопомоги, амбулаторні та консультативні заклади, а також програми допомоги з працевлаштуванням. У західній практиці реабілітації залежних «ідеальною» вважається модель реабілітаційного центру або узгодженої системи установ, в якій представлені всі «кроки» реабілітації: від початкового етапу детоксикації до психотерапевтичної роботи в межах стаціонару (що містить психокорекцію, групову терапію, тренінги та ін.), та згодом до підтримувального консультування щодо конкретних питань життя в суспільстві (амбулаторна допомога).

За даними Міністерства охорони здоров'я України, в країні функціонує 48 територіальних наркологічних установ, 4 наркологічні лікарні. Наразі в Україні наявні такі форми допомоги наркозалежним: детоксикація (в усіх наркологічних закладах), лікарські консультації (в усіх наркологічних закладах), замісна підтримувальна терапія, амбулаторні реабілітаційні програми (кілька,

здебільшого у великих містах), стаціонарні реабілітаційні програми (приблизно 50 центрів), терапевтичні спільноти (приблизно 20 центрів), стаціонарні програми духовної психотерапії та релігійної реабілітації (приблизно 40 центрів). При цьому значна частина програм реабілітації реалізується громадським сектором, а також часто центри допомоги залежним так чи інакше співпрацюють зі спільнотою «тих, хто одужує», яка формується навколо груп Анонімних Наркоманів (АН).

Для радянського підходу боротьби з наркозалежністю характерним було, з одного боку, посилені ідеологічна, виховна робота (спрямована на поширення переконань, що наркотики – це погано), а з іншого, покарання та ізолювання тих осіб, які вже набули залежності. Дослідники вважають, що така стратегія була досить ефективною на той час, коли кількість споживачів наркотиків була відносно невеликою. Однак зараз, коли наркозживання значне, а методи залякування та ідеологічної роботи не настільки дієві, постала потреба в нових методах роботи. Розширення сектору третинної профілактики, а саме реабілітаційної діяльності, може бути потужним ресурсом для цього, оскільки, з одного боку, вона заснована на ідеях поваги до прав людини, до того вибору стилю життя, який вона робить, а з іншого, більшою мірою відповідає сучасній реальності, коли дієвіше інформувати молодь про реальні небезпеки та перспективи наркозживання, а також і про можливості його припинення. Важливо, щоб така інформація містила не міфи про наркотики (наприклад, що залежними стають після одноразового вживання або що всі однаково вразливі до наркотиків), а реальні загрози та перспективи.

Загалом, надмірно високий рівень криміналізації наркозалежних не дає змоги ефективно впроваджувати програми профілактики та лікування. Так, негативна суспільна думка щодо споживачів наркотиків призводить до того, що чимало серопозитивних наркозалежних, які здають аналізи на ВІЛ, не повертаються до клінік за їхніми результатами. Вони часто не приходять у призначений час до лікарів або не здають матеріал для повторного тесту після першого позитивного результату, відтак не отримують лікування і можуть поширювати інфекцію далі.

Отже, теперішній етап характеризується децентралізацією профілактичної роботи, створенням багатьох недержавних громадських організацій, які одним із завдань своєї діяльності зазначають

профілактику наркоспоживання, у тому числі й участь у третинній профілактиці.

Наразі в Україні триває становлення сфери допомоги наркозалежним, передовсім молоді, і можна спостерігати певні досягнення та низку проблем, зокрема недостатню розвиненість мережі реабілітаційних закладів, неузгодженість їхньої діяльності та брак правового регулювання сфери. Важливим кроком до розвитку системи допомоги залежним в Україні є формування єдиної мережі установ, які би поділяли спільні цінності та стандарти роботи, в яких був би передбачений не тільки медичний, а й соціальний, психологічний та духовний компонент.

Переважання первинної профілактики над вторинною та третинною відображає стигматизуюче ставлення до залежних, поширене в українському суспільстві. Таке ставлення шкодить як людям із залежністю (позбавляючи їх можливостей повернення до суспільства), так і суспільству в цілому (стимулюючи паніку та поширюючи страх навколо теми наркотиків).

Визнання суспільством третинної профілактики як важливого напрямку роботи, а реабілітації наркозалежних як професії, що має цінність, можна вважати ознаками зміни ставлення суспільства до проблеми залежності від наркотиків у цілому та до залежних зокрема.

Третинна профілактика в сфері протидії поширенню туберкульозу покладається на протитуберкульозну службу України. У 2009 році в Україні функціонувало:

- 115 протитуберкульозних диспансерів, в тому числі 91 диспансер зі стаціонаром (17 тис. ліжок), де за рік проліковано майже 70 тис. хворих;
- 36 туберкульозних лікарень для дорослих (5,5 тис. ліжок), де проліковано майже 18 тис. хворих;
- 37 протитуберкульозних санаторіїв для дорослих та 55 – для дітей;
- 610 кабінетів фтизіатрії в амбулаторно-поліклінічних закладах України [11].

Паралельно з традиційним довготривалим стаціонарним лікування туберкульозу в Україні запроваджується адаптована до умов нашої країни альтернативна стратегія боротьби з цією хворобою – ДОТС (від англійської абрєвіатури DOTS – *Directly Observed Treatment Short-Course*), рекомендована ВООЗ. Ця стратегія ґрунтується на обмеженому контрольованому лікуванні короткими

стандартними курсами хіміотерапії. Вона передбачає госпіталізацію хворого на туберкульоз на два місяці та продовження лікування амбулаторно, з веденням звичайного способу життя (повернення пацієнта на роботу, до школи тощо). Для хворих, які потребують допомоги, налагоджено систему соціальної підтримки. Понад 150 країн світу успішно впровадили ДОТС з деякими змінами, серед яких Німеччина, США, Нідерланди. Стратегія виявилась ефективною і рентабельною, однак в Україні її застосовують як експеримент. Крім того, запровадження альтернативної стратегії викликає спротив частини українських фахівців. Така позиція зрозуміла з огляду на психологічний опір інноваціям та звичку до традиційних парадигм лікування, а також з огляду на те, що впровадження ДОТС означатиме скорочення ліжок-місць у спеціалізованих закладах до 5–7 тис. і значної кількості фтизіатрів, – адже лікування відбуватиметься переважно під наглядом лікарів загальної практики (терапевтів).

Варто також згадати, що законодавство України містить норми, що заважають імплементації сучасних стратегій зміцнення системи охорони здоров'я в цілому і поліпшення контролю за туберкульозом зокрема. Річ у тім, що нині чимало хворих на туберкульоз з різних причин відмовляються від лікування і заражають таким чином здорових людей. У багатьох навіть найдемократичніших країнах, таких, як США, Швейцарії та інших, діють закони, які в судовому порядку примушують хворих лікуватися і не поширювати хворобу.

Високий рівень смертності серед асоціальних груп населення (колишніх ув'язнених, мігрантів, безпритульних) ставить нові завдання в боротьбі з туберкульозом, зокрема залучати до неї служби міграції, охорони громадського порядку, соціальних працівників. Має бути налагоджено систему контрольованого лікування амністованих і звільнених з пенітенціарних закладів хворих на туберкульоз, тобто розроблено технологію передачі хворого з пенітенціарної системи до протитуберкульозного закладу та організацію (разом зі співробітниками територіального управління внутрішніх справ) його контрольованого лікування за місцем, куди він планує повернутися після ув'язнення.

Одним з важливих компонентів стратегії подолання епідемії туберкульозу в Україні повинна стати і налагоджена система послуг та соціальної підтримки, передусім для тих хворих, які отримують лікування в амбулаторних умовах, для груп, уразливих до цієї хворо-

би, для забезпечення умов, що стимулюють своєчасне звернення для діагностики захворювання, а також дотримання режимів лікування (так званої прихильності), щоб убезпечити розвиток мультирезистентного туберкульозу. Крім того, слід запровадити інтегрований підхід (надання комплексних медико-соціальних послуг на базі одного закладу, комплексне лікування ВІЛ, туберкульозу та наркоманії тощо).

Підсумовуючи, зазначимо, що в Україні триває розгортання епідемій ін'єкційної наркоманії, туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, пов'язаних між собою. Протидія цим соціально небезпечним хворобам має бути комплексною й спиратися на модерні ефективні підходи, а це передбачає певні світоглядні зміни щодо спрямованості суспільних програм і допомоги. Нині культурні та ідеологічні чинники, посилені структурними перепонами, стають на заваді осучасненню профілактичної роботи. Слід наголосити й на такому чинникові як інституційна відповідальність за протидію «соціальним» епідеміям. У нашій державі вона традиційно покладається на Міністерство охорони здоров'я. Проте медики в основному мають справу з наслідками хвороб, але не займаються причинами розгортання епідемій, які лежать значною мірою у площині розв'язання соціальних, а не медичних проблем держави. МОЗ не має належних ресурсів і повноважень для розв'язання багатьох питань, які породжують епідемії. Долучення інших державних і недержавних структур до протидії негативним явищам у молодіжному середовищі – важливий чинник у стримуванні соціально небезпечних хвороб, за умови скоординованої та ефективної роботи. Відтак визначальним стає визначення політичної відповідальності тих чи інших урядових структур за проведення первинної, вторинної та третинної профілактики серед усього населення та цільових груп.

Здійснення профілактичної роботи повинно бути належним чином профінансовано. Ще на початку 1990-х років ВООЗ звертала увагу світової громадськості, що для досягнення позитивних результатів розмір асигнувань на медико-санітарну освіту повинен бути не менше 3 % від обсягу бюджетного фінансування на охорону здоров'я, адже заходи з формування здорового способу життя потребують значних коштів (видання масовим накладом санітарно-освітньої літератури для різних верств населення, створення фонду кіно- та відеоматеріалів з актуальних аспектів охорони здоров'я, видання методичних матеріалів з проблем здорового способу

життя, немедикаментозного оздоровлення населення, програм гігієнічного навчання різних груп). Наразі в Україні акцентується, як правило, лікувальна складова протидії соціально небезпечним хворобам. А питання первинної профілактики захворювань вважають другорядними.

Профілактика суспільно-негативних явищ – це справа не лише держави, а й родини, де виховується дитина чи молода людина. Причому профілактична робота має розпочинатися не в підлітковому віці, якому притаманні прояви бунтарства та заперечення цінностей, а у ранньому дитинстві. Актуальності набуває робота з батьками, спонукання їх обговорювати із дітьми ризики для здоров'я, контролювати поведінку та проведення вільного часу, створювати довірливу атмосферу в сім'ї, дотримуватися сімейних цінностей усіма її членами. Такий підхід має бути забезпечений належною навчальною, методичною літературою для батьків та активною роботою консультаційних центрів.

Отже, втілення профілактичних програм у сфері протидії соціально небезпечним хворобам залишається проблемним: з одного боку, держава має обмаль ресурсів на ці програми, з іншого, змістовність та ефективність програм, що реалізуються нині, викликає чимало фахових та громадських дискусій. Крім того, соціально небезпечні хвороби виразно пов'язані з соціально-економічним становищем населення, передовсім молоді, яка найбільше уражається. Відтак протидія поширенню туберкульозу, ВІЛ, нарко- та алкозалежності, скоєнню злочинів повинна мати комплексний характер, адже зазначені суспільні виклики не тільки пов'язані одне з одним, а й диктують потребу в інтегрованому багатосекторному підході до розв'язання проблем дискримінації, нерівності, безробіття, бідності, соціальної ізоляції та стигматизації багатьох груп молоді, забезпечення її навчання, трудової зайнятості, змістовного дозвілля. Саме вивченню особливостей застосування такого підходу за теперішніх українських політичних реалій і слід було б присвятити наукові розвідки, розглянути політику втілення профілактичних програм в Україні. Необхідно також ретельно вивчити спосіб життя сучасної молоді у різноманітних сферах життєдіяльності: праці, навчання, сім'ї, неформальних організаціях, під час дозвілля, що дасть змогу розробити ефективні профілактичні заходи з урахуванням сучасних технологій комунікацій, спрямованих на зміну поведінки, стереотипів щодо способів життя тощо.

1. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень / Міністерство охорони здоров'я України. – 2010. – № 33. – 40 с.
2. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2009 році: Статистичний бюлетень / Державний комітет статистики України. – К., 2010. – 87 с.
3. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: Зведений звіт. Варіант «0». – К., 2008.
4. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби із ВІЛ/СНІДом. Україна: Звітний період: січень 2008 р. – грудень 2009 р. – К., 2010. – 116 с.
5. Нерівність умов щодо формування здорового способу життя молоді: Науково-аналітична доповідна записка / Інститут економіки та прогнозування НАНУ. – К., 2010. – 23 с. [Не опубл.].
6. Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: монографія / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Н.О. Рингач та ін. — К.: Український ін-т соціальних досліджень ім. О. Яременка, 2008. — 152 с.
7. Савельева И. Если Вы пишете о СПИДе... Журналистам о СПИДе. – М.: Рубикон. – 1999.
8. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році / Державний комітет статистики України. _ Режим доступу: <http://ukrstat.gov.ua/>. – Назва з екрана.
9. Семигіна Т. Профілактика соціально небезпечних хвороб: світоглядний вибір? // Віче. – 2010. – № 8. – С. 15–18.
10. Соціально-психологічна реабілітація у рамках програми замісної підтримуючої терапії / За ред. С. В. Дворяка. – К., 2005.
11. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник за 1999–2009 роки) / Міністерство охорони здоров'я України, Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, Центр медичної статистики МОЗ України, Всеукраїнський центр контролю за туберкульозом. – К., 2010. – 95 с.
12. European health for all database (HFA-DB) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.euro.who.int/hfadb>. – Назва з екрана.
13. Semyghina T.V., Kabachenko N.V. Information Regarding Drug Use with Respect to AIDS Prevention // Наукові записки НаУКМА. Соціологічні науки. – 2001. – Т. 19. – Р. 76–79.

14. Werf M. J. van der, Chechulin Y., Yegorova O. B. et al. Health Care Seeking Behaviour for Tuberculosis Symptoms in Kiev City, Ukraine // International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2006. – Vol. 10. – №. 4. – P. 390–395.

T. V. Semigina, O. Y. Vovkogon

SPREAD OF SOCIALLY DANGEROUS DISEASES IN UKRAINE AND THEIR PREVENTION

This paper is based on the analysis of documents, statistical and epidemiological data. It analyzes the current state in Ukraine with spread of HIV/AIDS, tuberculosis and drug addiction, as well as content and implementation in Ukraine of the primary, secondary and tertiary prevention measures aimed to combat socially dangerous diseases, the influence of the ideology and political culture on this measures.

Keywords: HIV/AIDS epidemic, tuberculosis epidemic, epidemic of drug addiction, primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention.