

## СНІД – реалії, профілактика, фізична реабілітація

*Луцький педагогічний коледж (м. Луцьк)*

**Постановка наукової проблеми та її значення. Аналіз останніх досліджень.** Уперше офіційно СНІД як хворобу визнано в 1981 р. в США, коли медичні працівники сповістили про появу в молодих чоловіків-гомосексуалістів запалення легень, а також пухлин, які не піддаються лікуванню. На думку американського вченого Роберта Галло, одного з дослідників, з ім'ям якого пов'язано відкриття збудника СНІДу, ВІЛ виник дуже давно і, пристосувавшись до певного кола “господарів”, розповсюджувався в ізольованих від зовнішнього світу групах корінного населення Африки. Економічне освоєння територій і розширення контактів сприяли розповсюдженню вірусу в інших регіонах. Для вірусу СНІДу характерна велика мінливість. Протягом певного часу з безпечного вірусу він перетворився в досить агресивного збудника хвороби.

За іншою версією, вірус має “мавпове” походження. Віруси, виділені від мавп з Африканського континенту, дуже близькі за своєю генною будовою до ВІЛ. Деякі вчені вважають, що подолання видової перешкоди для “мавпового” вірусу могло відбутися в результаті мутацій. Мутація, зі свого боку, могла мати місце під час радіаційного впливу. У 1950–1960 рр. проводили інтенсивні випробування ядерної зброї та в екваторіальній зоні земної кулі виникло різке підвищення радіаційного фону. Не виключається вплив і природного радіаційного фону, який є в місцях концентрації уранових руд у деяких районах Африки.

Нині ВІЛ-інфекцію зареєстровано практично в усіх країнах світу. Згідно з оціночними даними Програми ООН-СНІД і ВООЗ, за час розвитку епідемії до 2010 р. інфіковано понад 50 млн дорослих і дітей, із яких понад 21 млн уже померло від СНІДу. Із кожним роком ці дані змінюються. Майже щоденно у світі інфікується ВІЛ близько 7200 осіб, при цьому, дев'ять осіб з десяти не знають, що вони уражені вірусом.

**Завдання** дослідження – проаналізувати стан розповсюдження СНІДу в Україні, визначити шляхи профілактики хвороби та програму фізичної реабілітації хворих на СНІД.

**Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження.** На жаль, епідемія ВІЛ/СНІДу не обійшла стороною й Україну. Наша держава має найвищий ступінь розповсюдженості хвороби серед населення республік колишнього Радянського Союзу. Найбільш уражені ВІЛ-інфекцією жителі Одеської, Луганської, Донецької, Дніпропетровської, Миколаївської областей, Автономної Республіки Крим, міст Києва та Севастополя. Хвороба уражає переважно молоде покоління – найбільш активну в репродуктивному й працездатному відношеннях верству населення. Це одна з найхарактерніших ознак СНІДу – вплив на суспільно корисне життя молодого, здорового прошарку людей.

Україна займає одне з перших місць у Європі за темпами поширення ВІЛ/СНІДу. На кінець 2010 р., порівняно з 2005 р., кількість нових випадків інфікування зросла майже вдвічі, захворюваність на СНІД – майже в чотири рази, а смертність від СНІДу – у 3,8 рази. Щомісяця в Україні реєструється близько 1000 нових випадків інфікування (це 35 інфікувань щодня!), помирає від СНІДу – вісім громадян України. За оцінками міжнародних та національних експертів, реальні цифри значно вищі від офіційних даних і кількість людей, які живуть із ВІЛ/СНІД, в Україні вже сьогодні може перевищувати 400 тис. осіб, що складає близько 1 % дорослого населення країни. При цьому спостерігається тенденція до зростання темпів епідемії: якщо у 2006 р. офіційно зареєстровано 8756 випадків ВІЛ-інфікування, то у 2007 – 10 013, у 2008 – 12 494, у 2009 – 13 786.

За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІД МОЗ України, протягом всього терміну спостереження за епідемічною ситуацією (1989–2010 рр.) офіційно зареєстровано 89 439 випадків ВІЛ-інфекції в Україні. Із цих осіб – 14 107 захворіли на СНІД і 7938 – померли від СНІДу. У 2010 р. відзначено найвищий рівень ВІЛ-інфікування за весь період епідспостереження – 13 786 особи (29,3 на 100 тисяч населення), захворюваності на СНІД – 4220 осіб (8,92 на 100 тисяч населення) і кількості летальних випадків – 2188 особи (4,69 на 100 тисяч населення). У 2010 р., порівняно з 2009 р., захворюваність на СНІД зросла на 55,2 %, смертність від СНІД зменшилася на 21,1 %. ВІЛ-інфекція передавалася парентеральним шляхом у 44,8 % зареєстрованих випадків, у тому

числі при введенні ін'єкційних наркотиків – 44,74 % випадків, статевим шляхом (головним чином за рахунок гетеросексуальних контактів) – у 34,1 % випадків, від матері до дитини – у 18,5 %, при переливанні крові та її препаратів – 0,03 %, при медичних маніпуляціях – 0,03 % випадків і невизначеним шляхом – у 2,6 % випадків. За даними сероепідеміологічного моніторингу (динамічне спостереження за кількістю ВІЛ-позитивних зразків сироваток крові серед сукупності всіх обстежених зразків), у 2010 р., порівняно з 2009 р., у цілому по Україні збільшилася кількість ВІЛ-позитивних людей серед усіх обстежених із 0,92 % (23 087 осіб) до 1,14 % (28 105 осіб).

Порівняно з 2009 р., у 2010 р. кількість ВІЛ-інфікованих громадян України збільшилася на 10,6 %. Високі показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію виявлено в Миколаївській – 65,3, Донецькій – 64,3, Дніпропетровській – 58,9, Одеській – 56,1 областях, у м. Севастополі – 47,3, АР Криму – 45,0, м. Києві – 38,9 на 100 тис. населення.

Відзначено деяке зниження темпу зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Дніпропетровській (-3,6 %), Одеській (-6,5 %) областях та м. Севастополі (-6,3 %). В окремих регіонах цей показник значно зріс – у м. Києві – в 1,6 раза, у Закарпатській та Полтавській областях – удвічі.

У 2010 р. серед зареєстрованих нових випадків інфікування ВІЛ чоловіки склали 58,4 %, жінки – 41,6 %, мешканці міст – 82,9 %, мешканці села – 17,1 %.

Серед ВІЛ-інфікованих громадян України переважну частину склали особи репродуктивного й працездатного віку 15–49 років (близько 95 %), із них майже кожен п'ятий – молода людина віком 18–24 років.

Кількість громадян, які захворіли на СНІД, за рік збільшилась із 2745 до 4220 випадків, темп приросту захворюваності – +55,2 %. Високі рівні захворюваності на СНІД відзначені в м. Севастополі – 34,2 на 100 тис. населення, Донецькій – 28,8, Миколаївській – 23,4, Дніпропетровській – 22,4, Одеській – 18,4 областях.

Темп зростання захворюваності на СНІД зріс у Чернігівській (+475,0 %) області, м. Севастополі (+317,0 %), Чернівецькій (+212,5 %), Кіровоградській (+201,6 %), Житомирській (+168,4 %), Дніпропетровській (+151,7 %), Харківській (+114,3 %), Полтавській (+108,3 %), Миколаївській (+103,5 %) областях.

Найбільша частина ВІЛ-інфікованих осіб з уперше в житті встановленим діагнозом СНІД зареєстрована у віковій групі 25–49 років, причому серед чоловіків цей показник дещо вищий ніж серед жінок – 89,1 % і 85,0 %, відповідно.

Кількість померлих від СНІД у 2009 р. збільшилася на 23,3 % (із 1775 до 2188). Високі показники відзначені в Миколаївській – 13,9 на 100 тис населення, Донецькій – 12,2, Одеській – 11,4, Дніпропетровській – 10,0 областях, АР Крим – 10,0, м. Севастополі – 9,6.

Темп приросту смертності від СНІД збільшився у Львівській (+800,0 %), Чернівецькій (+300,0 %), Луганській (+228,6 %), Рівненській (+200,0 %), Тернопільській (+150,0 %), Черкаській (+136,8 %) областях.

У віковій структурі померлих від СНІД у 2009 р. більшість складають особи вікової групи 25–49 років – 90,1 %.

Структура шляхів передачі ВІЛ-інфекції у 2009 р. була такою: парентеральний – 45,6 % (6282 випадків інфікування ВІЛ), у тому числі при введенні ін'єкційних наркотиків – 45,5 % (6270), статевий – 33,4 % (4606), не встановлений – 2,9 % (384), а частка дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими жінками, – 18,1 % (2498).

Поширеність ВІЛ-інфекції серед громадян України, за даними диспансерного обліку, у показниках на 100 тис. населення у 2009 р. склала 133,5. Найвищими були показники поширеності ВІЛ-інфекції в Дніпропетровській – 335,7, Одеській – 326,7, Донецькій – 295,9, Миколаївській – 278,5 областях та м. Севастополі – 235,8.

Поширеність хворих на СНІД в Україні дорівнювала 10,8 на 100 тис. населення. Цей показник перевищував середньоукраїнський у 2–3 рази в таких регіонах, як Одеська – 37,6, Донецька – 30,9 області, м. Севастополь – 28,7, АР Крим – 22,5, Миколаївська – 22,2, Дніпропетровська – 20,4.

В останні роки склалася тенденція щодо зменшення питомої ваги споживачів ін'єкційних наркотиків серед загальної кількості офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих в Україні. Якщо в 1997 р. цей показник складав 83,6 % (коливання по регіонах – від 67,3 % до 94,7 %), то у 2000 р. він дорівнював 62,5 % (коливання – від 50,4 % до 90,8 %), а у 2009 р. – знизився до 45,5 % (коливання від 0 % у Закарпатській області до 60,8 % у Львівській області).

За період 1995–2009 рр. відзначалося поступове збільшення кількості випадків інфікування ВІЛ серед жінок репродуктивного віку (із 551 до 4428 осіб) та їх питомої ваги серед офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих у віці 15–49 років (із 23,0 % до 40,3 %), наслідком чого стало збільшення кількості дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями – із дев'яти до 2498 дітей.

Щороку зростає кількість нових випадків ВІЛ-інфекції, випадків СНІД та смертей від СНІД серед дітей до 14 років. Тільки за останні п'ять років (2005–2010 рр.) показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію зріс із 11,5 до 35,3 на 100 тис. дитячого населення, захворюваності на СНІД – із 0,37 до 2,01, смертності від СНІД – з 0,98 до 4,63.

Станом на 01.01.2010 р. в Україні перебувало під диспансерним наглядом 5492 ВІЛ-інфікованих дітей, у тому числі з остаточно не встановленим ВІЛ-статусом та підлітків до 18 років (8,7 % від загальної кількості ВІЛ-інфікованих громадян України, які перебувають під наглядом). В окремих регіонах цей відсоток значно вищий, зокрема в Кіровоградській – 12,3 %, Київській – 13,6 %, Івано-Франківській – 14,6 % і Чернігівській – 36,4 % областях. Такі дані свідчать не стільки про регіональні особливості реалізації перинатального шляху передачі ВІЛ, скільки про різні підходи до тестування населення на антитіла до ВІЛ.

Під диспансерним наглядом на 1 січня 2010 р. перебувало 5272 дитини, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, із них у 1097 дітей (20,8 %) діагноз ВІЛ-інфекції підтверджений.

За даними сероепідеміологічного моніторингу, більш високі показники інфікованості ВІЛ, ніж в Україні, відзначені серед споживачів ін'єкційних наркотиків у Івано-Франківській – 31,09 %, Київській – 26,49 %, Миколаївській – 25,80 %, Одеській – 19,49 %, Чернігівській – 24,27 % областях, м. Києві – 24,42 % (по Україні – 14,89 %); серед осіб із хворобами, що передаються статевим шляхом – у Кіровоградській – 4,03 %, Миколаївській – 6,77 %, Одеській – 3,52 %, Полтавській – 4,48 %, Чернігівській – 8,79 % (по Україні – 1,41 %).

Таким чином, епідемія ВІЛ-інфекції в Україні продовжує поширюватись. Зростає кількість нових випадків інфікування ВІЛ та захворювання на СНІД. Збільшується кількість дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими жінками. Незважаючи на зріст питомої ваги статевого шляху передачі ВІЛ, споживачі ін'єкційних наркотиків залишаються основною рушійною силою поширення ВІЛ-інфекції в Україні.

Однак можна відзначити деякі позитивні ознаки щодо можливої стабілізації епідемічного процесу ВІЛ-інфекції. За даними сероепідеміологічного моніторингу, рівень інфікування ВІЛ серед донорів у 2010 р. залишився на рівні 2007 р., а серед вагітних уперше відзначається його зниження.

Протягом 2008–2010 рр. відбулося зниження темпу приросту загальної смертності від СНІД, у тому числі серед дітей до 14 років, що свідчить про ефективність запровадження широкомасштабної антиретровірусної терапії в Україні.

Україна займає перше місце в Європі за кількістю ВІЛ-інфікованого молодого покоління – юнаків та дівчат віком від 15 до 24 років (1,3 % юнаків і 0,6 % дівчат). Португалія, яка займає друге місце – 0,6 % та 0,3 %, відповідно.

Інформація про ВІЛ/СНІД має бути якісною, виходячи з того, що превалюючим шляхом боротьби з епідемією є інформаційно-освітня робота.

Для вивчення вихідного рівня знань із проблеми ВІЛ/СНІДу серед учнів середніх шкіл м. Луцька проведено анкетування, яке охопило 360 учнів старших класів. Анкета мала 13 питань, три з яких присвячено загальним поняттям із ВІЛ/СНІДу, два – про шляхи передачі інфекції, три – профілактиці зараження, два – юридичним і медичним аспектам обстеження на ВІЛ, одне – особистому ставленню респондентів до ВІЛ-інфікованих осіб та два запитання – способам контрацепції. Абревіатури “ВІЛ” і “СНІД” правильно змогли розшифрувати лише 36 % опитаних учнів.

Відповіді на питання “Звідки Ви вперше дізналися про ВІЛ/СНІД?” розподілилися так: 70 % опитаних – “телебачення”; 18 % – “від друзів”; 6 % – “уперше чую”; 5 % – “від батьків”; 1 % – “від лікаря”. Саме щодо останнього пункту варто задуматися.

Серед запропонованих варіантів відповідей на запитання “Якими шляхами передається та якими не передається ВІЛ” більшість тих, хто брав участь в анкетуванні, вибрала лише такий варіант, як “ВІЛ передається через кров” (без будь-яких уточнень). При цьому рейтинг помилкових відповідей такий: ВІЛ передається через воду в басейні (52 %); під час дружнього поцілунку (51 %); через повітря (48 %); через посуд (45 %); через укуси комах (42 %).

Невідомі були респондентам такі шляхи потрапляння ВІЛ-інфекції в організм людини, як через пуповину від матері до плоду (65 %); через материнське молоко (56 %); через забруднені кров'яні медичні інструменти (35 %); через ушкоджені слизові оболонки (54 %).

Безпомилково вибрати всі правильні відповіді змогли лише 11 % опитаних. Інших 89 % респондентів вибрали як мінімум один неправильний варіант відповіді. Наступний блок запитань виявив, що школярі мало ознайомлені з нормативно-правовою базою з ВІЛ/СНІДу. Більшість проанкетованих (81 %) не знають, що згідно з Законом України від 1998 р. обстеження проводиться лише добровільно.

Відповіді на запитання “Як запобігти зараженню ВІЛ?” розподілилися так: використання презервативів – 52 %; контакт лише з одним партнером – 58 %; утримання від статевих контактів – 21 %.

Незнання шляхів передачі ВІЛ-інфекції учнями також демонструє й той факт, що 11 % школярів обрали варіант відповіді – “не розмовляти і не наближатися до ВІЛ-інфікованих осіб”.

Аналіз отриманих даних дає підставу стверджувати, що молодь недостатньо обізнана з проблемою ВІЛ/СНІДу. Більшість молодих людей не має чітких уявлень як про шляхи розповсюдження ВІЛ-інфекції, так і про способи профілактики захворювання. Така ситуація особливо насторожує, враховуючи темпи розповсюдження ВІЛ-інфекції в Україні, а також те, що вік сексуального дебюту постійно знижується. Анкетування такого плану само по собі носить освітній характер, оскільки проводилося переважно перед тренінгами та змушує задуматися про деякі кардинальні питання з ВІЛ/СНІДу. Окрім цього, низка питань містить правильні відповіді, які просто варто запам'ятати.

Враховуючи джерела інформації, із яких молоді люди черпають перші знання з проблеми, потрібно порекомендувати більш активно втручатися в освіту молоді медичним працівникам та педагогам, так само, як і журналістам, які займаються цією проблемою. Для отримання чіткої й достовірної інформації потрібна співпраця зі спеціалізованими медичними центрами та спеціалізованими на цій тематиці громадськими організаціями, які набули досвіду роботи в цьому напрямі.

Не менш загрозливим є те, що, за даними міжнародних організацій, лікування ВІЛ/СНІДу є найбільш дорогим з усіх видів медичної допомоги. Це пояснюється, насамперед, тим, що тривалість безсимптомного носійства вірусу залежить від антивірусної терапії, яку слід проводити невизначено довгий час, тобто все життя.

У сучасне поняття реабілітації хворих на СНІД входять біосоціальні закономірності відновлення здоров'я й працездатності хворих у комплексі із соціальними та економічними умовами.

Реабілітацію хворого можна розділити на три етапи.

Перший етап – клінічний. У цей період потрібно провести межу між лікуванням і реабілітацією, хоча вони відбуваються одночасно. Лікування спрямоване на ліквідацію або мінімальний прояв хвороби. Реабілітація спрямована на досягнення фізичної, трудової, соціальної адаптації хворого. Реабілітація доповнює лікування. Для розв'язання завдань реабілітації на цьому етапі можуть використовуватися різні засоби: фізіотерапевтичні процедури, лікувальна фізкультура, харчування, а також режим рухової активності.

Другий етап реабілітації – санаторний. На цьому етапі реабілітаційні заходи спрямовані на нормалізацію функцій організму людини. При цьому увага приділяється відновленню та розширенню фізичної активності хворого.

Третій етап реабілітації називається адаптаційним. У цей період досягається адаптація до умов існування, яка забезпечує фізичну, психічну, соціальну повноцінність хворих, відновлення професійних навичок і звичної працездатності. У цих хворих третій етап затягується на невизначений строк, із періодичним поверненням до першого й другого етапів.

ВІЛ-інфекція – це інфекційне захворювання, яке уражає імунну систему організму, що захищає організм від різних інфекцій. Імунна система залежить від стилю життя, харчування, занять фізичними вправами та спортом. Загальноновизнана думка, що фізичні вправи укріплюють імунну систему. Також вони укріплюють м'язи, знижують утомлюваність, відновлюють функції організму, які погіршилися через хворобу. Окрім фізичного здоров'я, регулярні фізичні вправи допомагають справитися з депресією, підвищують упевненість у собі, що важливо для людей із ВІЛ.

При медикаментозному лікуванні хворих на ВІЛ/СНІД потрібно обережно й уважно підбирати програму вправ. Але навіть у цьому випадку більшість хворих можуть виконувати деякі аеробні вправи.

Ефективними можуть бути як аеробні вправи (гімнастика, біг, велосипед, плавання), так і силові (заняття в тренажерному залі). Перші покращують обмін речовин, нормалізують роботу нервової та інших систем організму. Другі допомагають попередити синдром утрати ваги, який трапляється при прогресуванні ВІЛ-інфекції. При цьому важливо знати норму й не перестаратися з вправами.

Більшість людей, які живуть із ВІЛ/СНІД, почувають себе не в кращій формі саме через в'ялість м'язів. Цю слабкість достатньо легко можна повернути у зворотну сторону з допомогою програми, у якій поступово збільшуються навантаження. Найбільш ефективні фізичні вправи змушують працювати все тіло – це ходьба, плавання, танці та ін.

Для початку потрібно вибрати 10–12 вправ, робити по 3–5 повторень кожної вправи, поступово збільшуючи кількість повторень і кількість вправ. Якщо ви хочете розвинути витривалість, почніть з аеробних вправ, за вподобанням (ходьба, плавання, їзда на велосипеді).

Займатися фізичною культурою потрібно з частотою від трьох до п'яти днів. Мінімальна кількість – три дні при більш інтенсивних заняттях. Якщо використовуються легкі вправи, їх можна робити п'ять разів на тиждень. Інтенсивність повинна бути не більше середньої. Час занять – не менше 30 хвилин при низькому й середньому фізичних навантаженнях.

Особиста програма повинна ґрунтуватися на фізичній формі та станові здоров'я в цей час.

**Висновки й перспективи подальших досліджень.** Оскільки поведінка людини може змінюватися з урахуванням відповідних знань, то основні заходами профілактики інфікування ВІЛ серед підлітків і дорослих – це заходи, які б змінили поведінку людини. Іншими словами, профілактика будується на таких принципах, як інформація й освіта з безпечної поведінки, надання засобів захисту, навчання навиків захисту.

Основою фізичної реабілітації хворих на ВІЛ/СНІД є дотримання режиму рухової активності. Необхідність виконання фізичних вправ обґрунтована їх здатністю покращувати імунну систему хворих. Найбільш ефективними є аеробні вправи (ходьба, біг, плавання, їзда на велосипеді, танці) та силові вправи (заняття в тренажерному залі).

#### *Список використаної літератури*

1. Про затвердження Концепції стратегії дій уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки. Постанова Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р., № 264.
2. Запорожан В. Н. ВИЧ-інфекция и СПИД / Запорожан В. Н., Аряев Н. Л. – Киев : Здоров'я, 2003. – 624 с.
3. Ворник Б. М. Безпечна поведінка / Ворник Б. М., Голоцван О. А., Голубов О. П. – К. : ВЦ “Сім□я”, 1999. – 56 с.

#### *Анотації*

*У статті висвітлено історію виникнення ВІЛ/СНІДу, стан поширеності ВІЛ в Україні, проблеми та основні поняття безпечної поведінки громадян.*

**Ключові слова:** *вірус імунодефіциту людини, синдром набутого імунодефіциту, вірус, інфекція, епідемія.*

**Наталія Чоба. СПИД – реалії, профілактика, фізическая реабілітація.** *В статті освіщені історія виникнення ВИЧ/СПИДа, состояние распространения ВИЧ в Украине, проблемы и основные понятия безопасного поведения граждан.*

**Ключевые слова:** *вирус иммунодефицита человека, синдром приобретённого иммунодефицита, вирус, инфекция, эпидемия.*

**Nataliia Choba. AIDS – Realities, Prophylaxis, Physical Rehabilitation.** *The article presents the information about the history of HIV and AIDS' occurrence, tendency of spreading of AIDS in Ukraine, problems and basics of safe behavior of citizens.*

**Key words:** *human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome, virus, infection, epidemic.*