

замісна терапія
 Синдром
 СІД
 Sensitivity
 Мета-аналіз
 TRANSMISSION
 statistics
 Immunodeficiency
 PANDEMIC
 POPULATION
 Odds
 Risk factor
 ЕФЕКТИВНІСТЬ
 OST
 Evaluation
 ВІЛ
 Control
 ЖИТТЯ
 ІМУНІТЕТ
 Active
 Prevention
 Поширеність
 РИЗИК
 Моніторинг
 HIV
 Вірус
 Epidemic
 Інфекція
 Індекс DALY
 Консультування
 Статистика
 AIDС
 sufficient
 Фактор ризику
 РАНДОМІЗАЦІЯ
 ефект
 ТЕСТУВАННЯ
 ПРОФІЛАКТИКА
 Adherence

Київ – 2015



Український центр контролю за
соціально небезпечними хворобами
Міністерства охорони здоров'я України



Альянс
громадського здоров'я

Андреева Т.І., Марциновська В.А., Сергеева Т.А., Хомич Л.С., Кузін І.В

Глосарій термінології з епідеміологічного нагляду у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу

Рекомендовано до друку вченою радою ДУ
«Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
ім. Л.В. Громашевського НАМН України»

Київ – 2015

УДК
ББК
X00

Автори

Андреєва Т. І.,
Марциновська В. А.,
Сергєєва Т. А.,
Хомич Л. С.,
Кузін І. В.

Організація

МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Редактор

Божок В. М.

Верстка

Сухомлинова І.

X00 **Глосарій термінології з епідеміологічного нагляду у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу.** – Андреєва Т. І., Марциновська В. А., Сергєєва Т. А., Хомич Л. С., Кузін І. В. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», К., ФД «Huss» 2015. – 240 с.

2

Ця публікація стала можливою завдяки підтримці Проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні» (METIDA), що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», за фінансування Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

Цю публікацію підтримано Угодою про співробітництво № U2GGH000840 з Центрами США з контролю та профілактики захворювань (CDC). Зміст публікації є відповідальністю виключно її авторів і не обов'язково відображає офіційну позицію Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC).

Надруковано: Фамільна друкарня «Huss».

УДК
ББК

ISBN

© Альянс громадського здоров'я, 2015

ПЕРЕДМОВА

КОНЦЕПЦІЯ ТА СТРУКТУРА ГЛОСАРІЮ

Даний глосарій термінології з епідеміологічного нагляду у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу розроблявся з метою адаптації та стандартизації у розумінні та використанні основних епідеміологічних термінів та понять українською мовою, що використовуються в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД, відповідно до міжнародних стандартів.

Глосарій розроблений для використання у роботі фахівцями з МіО та епідеміологами, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Видання стане корисним також для менеджерів програм та проектів, осіб, що приймають рішення, у сфері ВІЛ/СНІДу, а також для фахівців державних та громадських організацій, дослідницьких організацій, науковців, викладачів, студентів, аспірантів та всіх, кого цікавить епідеміологія та сфера громадського здоров'я.

Термінологія глосарію базується на загальноприйнятих в міжнародній практиці термінах визначених в Епідеміологічному словнику за редакцією Дж. Ласти (*A Dictionary of Epidemiology (6th edition, 2014)* // Miquel S. Porta, Sander Greenland, Miguel Hernán, Isabel Dos Santos Silva, John M. Last).

Дана публікація складається із найбільш використовуваних термінів та понять у сфері ВІЛ/СНІДу та епідеміологічну й поведінкову термінологію з поясненням значення кожного із термінів (визначення, умови використання та інтерпретації, синонімічний ряд і т.д.). До глосарію увійшли терміни, що здебільшого належать до питань сучасної епідеміології та епідеміологічного нагляду, а також деякі терміни з питань імунології та медичної статистики, що є необхідними для проведення епідеміологічних досліджень та оцінки епідемічної ситуації.

Глосарій термінології з епідеміологічного нагляду у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу українською мовою включає також наведення даних термінів мовою оригіналу (англійською), та російський еквівалент поняття. Глосарій упорядковано в алфавітному порядку за українським відповідником терміну. Представлено також покажчики термінів за англійськими та російськими еквівалентами на початку глосарію.

Терміни наведені у глосарій за наступною схемою:

Термін УКРАЇНСЬКОЮ мовою — термін АНГЛІЙСЬКОЮ/синонімічний ряд термінів англійською — термін РОСІЙСЬКОЮ — пояснення значення та контексту терміну.

Даний глосарій є першою спробою адаптації термінології з епідеміології та уніфікації її використання українською мовою. Після розповсюдження публікації та початку активного використання в спільноті фахівців можуть виникнути пропозиції та рекомендації щодо удосконалення глосарію та розширення переліку термінів представлених у глосарії.

4

У зв'язку з цим, вітаються будь-які коментарі, відгуки та пропозиції щодо публікації, які можна направляти в МБФ «Альянс громадського здоров'я», та звертатися до Людмила Хомич, фахівця проекту з технічної допомоги в сфері МіО та ефективного використання даних (МЕТІДА) МБФ «Альянс громадського здоров'я» (khomych@aidssalliance.org.ua), вул. Ділова, 5, корпус 10А, 9-й поверх, м. Київ, 03680, Україна.

Покажчик за англійською мовою 186

Покажчик за російською мовою 201

Покажчик за українською мовою 216

Список використаних та рекомендованих джерел 230

А

Авідність

англ. Avidity; рос. Авидность – характеристика міцності зв'язку між компонентами реакції «антиген–антитіло»; відображає силу взаємодії антитіла (IgG) з антигеном. Авідність залежить від афінності (*див. стор. 13*), яка, в свою чергу, залежить від специфічності наявних антитіл та валентності антигену. Визначення авідності може бути корисним для встановлення терміну інфекції: при первинному контакті (недавній інфекції) виробляються низькоафінні і, відповідно, низькоавідні антитіла; наявність високоавідних антитіл свідчить про те, що інфекція є давньою.

Активне виявлення випадків (захворювання)

англ. Active case finding; рос. Активное выявление случаев – процес пошуку випадків або подій, пов'язаних із захворюваннями, що підлягають епідеміологічному нагляду (*див. стор. 72*).

Алергічна реакція

англ. Allergic reaction; рос. Аллергическая реакция – прояви підвищеної чутливості організму до алергену (*антигену, що викликає розвиток алергії*) у відповідь на повторні контакти з ним.

З одного боку, алергічні реакції входять до переліку побічних ефектів специфічної терапії ВІЛ-інфекції. З іншого боку, за наявності будь-якої алергії до моменту інфікування ВІЛ прогресування алергічних реакцій відбувається паралельно з розвитком ВІЛ-інфекції (зростає кількість загострень, частіше виникають і є більш тяжкими симптоми алергії).

Альфа-похибка

*англ. α -error; рос. **Альфа-ошибка*** – ймовірність альфа (α) – апріорі припустимий рівень похибки першого роду. У статистичному аналізі її зазвичай згадують як «рівень значущості критерію». Похибка першого роду – це ймовірність того, що нульова гіпотеза (*див. стор. 39*) буде помилково відхилена, хоча насправді підстав для її відхилення не було (наприклад, одна терапія буде визнана ефективнішою за іншу, коли насправді ця різниця відсутня).

Аналіз виживання

*англ. **Survival analysis**; рос. **Анализ выживания*** – метод статистичного аналізу даних, які стосуються часу до виникнення події. Прикладом може бути аналіз даних щодо виживання хворих, який дозволяє оцінити динаміку виникнення подій (у тому числі смертей), вибування учасників спостереження або дослідження, у яких ще немає події, що цікавить дослідника. Цей аналіз дозволяє використовувати дані про всіх пацієнтів/учасників дослідження, у тому числі таких, чий статус відомий лише протягом короткого періоду часу, і спостереження перервалося за будь-яких причин. За допомогою цього методу можливо оцінювати ефекти (наслідки, результати) шкідливих та захисних впливів (експозицій) на виживання осіб. Крім безпосередньо «виживання», метод є корисним для аналізу будь-яких подій, щодо яких важливим є час під впливом або час спостереження, наприклад час до інфікування ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику, які можуть відрізнятися за соціально-демографічними характеристиками, користуванням профілактичними послугами тощо.

Аналіз витрат і ефективності

*англ. **Cost-effectiveness analysis**; рос. **Анализ затрат и эффективности*** в медицині – аналіз, в якому порівнюють витрати та результати двох або більше альтернативних втручань з метою визначення відносної вартості в порівнюваних

втручаннях одиниці бажаної мети або наслідку, тобто результату, що стосується здоров'я або якості життя. Результати зазвичай представляють у вигляді координатної площини з координатами «витрати» та «ефекти». Нова інтервенція порівняно зі стандартною може бути (перший квадрант) ефективнішою та дорожчою, (другий квадрант) дорожчою та менш ефективною, (третій квадрант) менш ефективною та дешевшою, (четвертий квадрант) дешевшою та ефективнішою. Очевидно, що перевагу віддають втручанням, які дозволяють досягти бажаного ефекту при менших витратах або більшого ефекту при однакових витратах.

Аналітичне дослідження

англ. **Analytic study**; рос. **Аналитическое исследование**

1) Дослідження, в ході якого аналізують зв'язок між захворюваністю або іншими показниками, що характеризують стан здоров'я населення, і різними причинними факторами; мета аналітичного дослідження полягає у виявленні або вимірюванні впливу факторів ризику.

2) Дослідження, в ході якого перевіряють гіпотезу щодо наявності причинно-наслідкового зв'язку між показниками здоров'я та певним фактором впливу.

Хоча всі аналітичні дослідження акцентують на вивченні зв'язків між змінними (на відміну від дескриптивних, які лише описують розподіл показників), однак не всі аналітичні дослідження дозволяють встановити причинно-наслідкові зв'язки. Це залежить від дизайну проведеного дослідження.

Анамнез епідеміологічний

англ. – немає тотожного аналогу терміну; рос. **Анамнез эпидемиологический** – розділ історії хвороби, що містить відомості про час, місце та обставини можливого зараження збудником інфекції. Епідеміологічний анамнез збирається у випадку інфекційного захворювання з метою встановлення можливого джерела інфекції та шляхів передачі його збудника, імунного статусу організму, строків інкубаційного періоду

тощо. Це сукупність відомостей про інфекційного хворого, колектив, з яким була пов'язана його діяльність, і території, де могло відбутися зараження. Епідеміологічний анамнез дозволяє наближено оцінити спектр збудників інфекції, з якими міг зустрітися хворий, а також коло осіб, які були з ним у контакті (контактних осіб), що має значення для визначення напряму профілактичних та протиепідемічних заходів щодо обмеження подальшого поширення інфекції.

В англомовних джерелах ця частина анамнезу не відокремлюється, оскільки сучасна епідеміологія стосується не лише інфекційних захворювань, а будь-яких проблем зі здоров'ям, відповідно, і збір анамнезу передбачає запитання стосовно різних ризикових та захисних факторів, які присутні у житті пацієнта.

Анамнез; історія хвороби

англ. Case history, Clinical case history, Medical history; рос. Анамнез; история болезни – сукупність відомостей, одержуваних в результаті бесіди лікаря з пацієнтом і/або особами, які пацієнта знають. Вивчення анамнезу, як і розпитування пацієнта в цілому, не є простим переліком запитань і відповідей. Дані анамнезу: відомості про розвиток хвороби (початок захворювання, динаміка симптомів, з якими факторами пацієнт стикався і з якими пов'язує дане захворювання, які дослідження і яке лікування проводилося та їх результати тощо), умови життя, перенесені захворювання, операції, травми, вагітності, хронічна патологія, алергічні реакції, спадковість тощо. Розрізняють два основних види анамнезу: анамнез хвороби (*anamnesis morbi*) та анамнез життя хворого (*anamnesis vitae*).

Анонімне незв'язане тестування (на ВІЛ)

англ. Anonymous unlinked HIV testing; рос. Анонимное несвязанное тестирование – тестування біологічного зразка (крові, плазми, слини) на наявність антитіл до ВІЛ, при якому не реєструють персональну інформацію особи, якій цей зразок належить, тобто немає можливості пов'язати

результати тестування на ВІЛ (позитивні чи негативні) з особою, яка надала зразок. Анонімне незв'язане тестування на маркери ВІЛ часто здійснюють зі зразками крові, що залишилися після їх збирання та обстеження з будь-якою метою (визначення стану імунітету, встановлення вагітності тощо) після видалення будь-якої персональної інформації. Анонімне незв'язане тестування використовують з метою епіднагляду, і його результати можуть бути цінними у плані отримання важливої інформації щодо рівня ВІЛ-інфекції в певній популяції.

Анонімне тестування

англ. Anonymous HIV testing; рос. Анонимное тестирование – тестування на маркери ВІЛ-інфекції, при якому, згідно з міжнародною практикою, медичний працівник, який здійснює обстеження, не володіє персональною інформацією про обстежувану особу, а тестований зразок (крові, плазми) маркують за певним кодом. При анонімному тестуванні збирають лише такі дані, як вік, стать, можливі фактори ризику інфікування ВІЛ. Якщо результат тестування позитивний, то обстежена особа несе відповідальність за інформування своїх сексуальних партнерів або партнерів по спільному споживанню наркотиків; при цьому важливо, аби вона розуміла, що контактним особам необхідно пояснити ризики зараження та запропонувати пройти обстеження на ВІЛ (а за клінічними показаннями – також на маркери інфікування збудниками ІПСШ та/або вірусних гепатитів).

Антиген

англ. Antigen; рос. Антиген – природна або штучно синтезована високомолекулярна сполука, яка здатна специфічно стимулювати імунітетні лімфоїдні клітини на розвиток імунної відповіді та вступати у реакцію з продуктами цієї відповіді, наприклад антитілами (*див. стор. 11*). Антигени класифікують за походженням (природні – білки, вуглеводи, нуклеїнові кислоти, бактеріальні ендо- та екзотоксини, клітини крові, тканини тощо; штучні – динітрофенільовані білки та вуглеводи – гаптени;

синтетичні – хімічно синтезовані молекули – поліамінокислоти, поліпептиди), за хімічною природою, генетичним відношенням «донор–реципієнт» (ауто-, ізо-, алло-, ксеноантигени). Антигени зазвичай мають структуру протеїнів та полісахаридів, а всі інші речовини можуть бути антигенами лише в комплексі з ними.

Антигенність

англ. Antigenicity; рос. Антигенность – сукупність властивостей, що забезпечують спроможність речовини викликати специфічну імунну відповідь, зумовлена особливостями макромолекулярної організації цих речовин та генетичними особливостями реципієнта.

Найбільшу антигенність з-поміж білків ВІЛ мають поверхневі глікопротеїни gp 160/120, а також трансмембранний білок gp 41.

Антиретровірусні препарати

англ. Antiretrovirals (ARV); рос. Антиретровирусные препараты – клас противірусних препаратів, які використовують для пригнічення реплікації ретровірусів (зокрема, ВІЛ). Цей термін первинно використовували стосовно медичних препаратів для лікування ВІЛ-інфекції. АРВ-препарати розподілені на класи залежно від механізму їхньої дії: нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази – НІЗТ (*див. стор. 119*), ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази – ННІЗТ (*див. стор. 119*), інгібітори протеази, інгібітори інтегрази, інгібітори злиття, інгібітори рецепторів, комбіновані препарати (НІЗТ + ННІЗТ).

Антиретровірусна терапія – АРТ (АРВТ)

англ. Antiretroviral therapy (ART); рос. Антиретровирусная терапия (АРТ) – рекомендоване лікування ВІЛ-інфекції. Нині АРТ передбачає використання комбінації трьох або більше антиретровірусних препаратів (*див. стор. 10*) принаймні двох різних класів, щоб не тільки досягти вірусної супресії, а й запобігти розвитку резистентності до препаратів.

Терапія (АРТ) першого ряду

англ. First line therapy; рос. Терапия первого ряда – схема первинної (стартової) АРТ, яку призначають ВІА-позитивним пацієнтам, які до цього не отримували специфічної терапії ВІА-інфекції.

Терапія (АРТ) другого ряду

англ. Second line therapy; рос. Терапия второго ряда – схема АРТ, яку призначають після виявлення клінічної, імунологічної або вірусологічної неефективності застосування схеми АРТ першого ряду. Перелічені види неефективності можуть бути наслідком недостатньої прихильності до лікування, первинної чи набутої нечутливості вірусу до призначених препаратів або несприятливої взаємодії між лікарськими препаратами. Призначення АРТ другого ряду передбачає заміну всіх препаратів АРТ першого ряду.

Терапія (АРТ) третього ряду

англ. Third line therapy; рос. Терапия третьего ряда – схема АРТ, яку призначають після виявлення неефективності схеми АРТ другого ряду. До схем третього ряду слід включати нові препарати, що є активними проти ВІА (інгібітори інтегрази, ННІЗТ та інгібітори протеази другого покоління). Але оскільки такі препарати часто є недоступними для пацієнтів, лікування яких за схемою другого ряду виявилось невдалим, проте відсутня можливість обрати нові препарати для АРТ, необхідно проводити терапію за схемою другого ряду. На думку фахівців ВООЗ, включення схем третього ряду до національних програм АРТ необхідно розглядати з урахуванням можливості забезпечення препаратами та відповідного фінансування.

Антитіла

англ. Antibody; рос. Антитела – це імуноглобуліни (молекули білка) сироватки крові людини і тварин, що утворюються (синтезуються) у відповідь на потрапляння в організм

різних антигенів, що специфічно взаємодіють з цими анти-тілами. Продукуються В-лімфоцитами та плазматичними клітинами; специфічно налаштовані на взаємодію з антигеном, що індукував їхній синтез. На специфіці реакції антиген-антитіло заснований один із головних сучасних методів діагностики інфекційних хвороб (імунодіagnostика). Виявлення специфічних антитіл у сироватці крові вказує на наявність у минулому контакту даного організму з певним збудником.

У процесі формування гуморальної імунної відповіді у більшості ВІЛ-позитивних осіб з'являються вірус-нейтралізуючі антитіла; антитіла до найбільш імуногенних білків gp160/120 та gp41 можна виявити у 98% інфікованих, і вони є більш стабільними, ніж антитіла до інших антигенів. Антитіла до основних внутрішніх білків p17 і p24 знаходять приблизно у 75% інфікованих і менш ніж у 50% хворих з клінічно вираженими проявами СНІДу. Динаміка антитілоутворення безпосередньо пов'язана з клінічними стадіями інфекційного процесу.

12

Аутоантитіла

англ. Autoantibodies; рос. Аутоантитела, аутоиммунные антитела – антитіла, що виробляються організмом проти антигенів власних тканин (аутоантигенів).

У багатьох хворих на СНІД визначаються аутоантитіла до лімфоцитів, але немає безперечних даних щодо їхньої цитотоксичності.

Аутоімунні порушення

англ. Autoimmune Disorders; рос. Аутоиммунные нарушения – стан, який виникає, якщо імунна система помилково атакує і руйнує здорові тканини тіла.

При ВІЛ-інфекції/СНІДі аутоімунні порушення можуть бути викликані дією препаратів, застосованих для лікування опортуністичних інфекцій.

Афінність (афінітет) антитіл

англ. Affinity of antibody; рос. Аффинность (аффинитет) антител – основна характеристика специфічності антитіл – поняття, що характеризує міцність зв'язку в реакції між антигеном і антитілом (епітопом антигену та паратопом антитіла); залежить від взаємодії усіх сил притягування та відштовхування, що визначаються стеричною відповідністю компонентів реакції (взаємною просторовою комплементарністю, розподілом заряджених та гідрофобних груп). Чим більша комплементарність між активним центром антитіла та антигенною детермінантою антигена, тим вища афінність.

Б

Багатофакторне моделювання

англ. Multivariable (multivariate) modeling; рос. Многофакторное моделирование – метод, який забезпечує математичне відображення поєданого впливу багатьох змінних; оцінює можливий ефект комбінації/взаємодії/впливу цих змінних на конкретний показник, який розглядають як залежну змінну. Моделювання – математична конструкція, яка є спрощеною картиною реальності. Моделі можуть бути аналітичними (базуються на наявних даних та їх аналізі) і синтетичними (враховуються раніше отримані знання з попередньо проведених досліджень або сформульованих теорій та описують феномен, який моделюють, в цілому).

Багатофакторний аналіз

англ. Multivariable (multivariate) analysis; рос. Многофакторный анализ – сукупність статистичних методів, які водночас оцінюють зв'язки (відображають гіпотетичний вплив) багатьох змінних на будь-який один показник (явище, ознаку, характеристику) та порівнюють ці зв'язки за величиною і значимістю. Принципово важливим в багатофакторному аналізі є розуміння про головний детермінант та результуючу змінну. Метою аналізу зазвичай стає отримання додаткової інформації, яка допомагає визначити, чи наявний між детермінантом та результуючою змінною зв'язок свідчить про справжній вплив (причинно-наслідковий зв'язок), чи, навпаки, зв'язок зумовлений іншими факторами. Жодний аналіз не дає остаточних висновків про причинно-наслідкові зв'язки, але кожен може бути використаний саме для наближення до причинно-наслідкових висновків. Крім саме аналізу, важливим для висновків є теоретичне розуміння феномену, який вивчається.

14

Базові (початкові, відправні) дані

англ. Baseline data; рос. Исходные (отправные, базисные) данные – сукупність даних, які збирають на початку дослідження або перед застосуванням лікування чи іншого втручання, або інформація про осіб (учасників дослідження), які вперше беруть участь у програмі чи дослідженні. Якщо була використана анкета для збору початкових даних, її називають базовою анкетною.

Базові дані потрібні для того, щоб оцінити, чи буде стан об'єкта дослідження змінюватися з плином часу або в результаті лікування чи іншого втручання.

Безпечний секс (сексуальні практики)

англ. Safe sex (safer sex, protected sex); рос. Безопасный секс – техніка сексу, спрямована на зниження ризику передачі ВІЛ та збудників інших ІПСШ від однієї людини до іншої (наприклад, секс без проникнення або вагінальний секс з використанням презерватива).

Безсимптомна інфекція

англ. **Asymptomatic infection**, син. **Latent infection**; рос. **Безсимптомная инфекция** – форма прояву інфекційного процесу, що характеризується відсутністю клінічних проявів захворювання, іноді очищенням організму від збудника (його кліренсом) та формуванням імунітету. Як синоніми наводяться терміни **Інапаратна** (тобто неявна) **інфекція**, **субклінічна інфекція**.

Безсимптомна ВІЛ-інфекція

англ. **Asymptomatic HIV infection**, син. **Latent HIV infection**; рос. **Безсимптомная ВИЧ-инфекция** – фаза хронічної інфекції вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), протягом якої в людини немає жодних симптомів ВІЛ-інфекції на тлі повільного погіршення стану імунної системи. Тривалість цієї фази залежить від швидкості реплікації ВІЛ та генетичних особливостей організму людини. У деяких людей безсимптомна ВІЛ-інфекція може тривати 10 і більше років, у деяких – декілька років після первинного інфікування.

За різними класифікаціями, безсимптомна ВІЛ-інфекція належить до різних стадій. Відповідно до клінічної класифікації ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків ВООЗ (перегляд 2006 р.), безсимптомну ВІЛ-інфекцію відносять до клінічної категорії 1; згідно класифікації В.І. Покровського (1989 р.) – до II клінічної стадії – стадії первинних проявів.

Бета-похибка

англ. **β -error**; рос. **Бета-ошибка** – бета (β) – похибка другого роду – ймовірність того, що нульова гіпотеза (*див. стор. 39*) помилково не буде відхиленою, тобто наявний в реальності зв'язок між змінними або наявна відмінність між групами не буде знайдена у дослідженні. Протилежне поняття – потужність (*див. стор. 136*) дослідження, тобто здатність дослідження знаходити зв'язки та відмінності, які є наявними у реальності.

Більш безпечний секс

англ. **Safer sex**; рос. **Более безопасный секс** – термін, який вважають більш придатним для використання, ніж термін «безпечний секс» (*див. стор. 14*), оскільки останній може означати повну безпеку. Поняття «більш безпечний секс» точніше відображає ідею щодо можливості обирання й прийняття поведінки для зниження або зведення до мінімуму ризику передачі ВІЛ статевим шляхом (*див. стор. 164*). Стратегії більш безпечного сексу включають пізніший вік першого сексуального досвіду, секс без проникнення, правильне і систематичне користування чоловічими/жіночими презервативами, скорочення кількості сексуальних партнерів тощо.

Біологічний (біомедичний) нагляд за ВІЛ-інфекцією

англ. **Biological Surveillance of HIV infection**; рос. **Биологический (биомедицинский) надзор за ВИЧ-инфекцией** – нагляд, що дозволяє здійснювати моніторинг тенденцій поширення ВІЛ-інфекції на підставі біологічних індикаторів. Включає в себе декілька компонентів: серологічний нагляд (обстеження різних груп населення на наявність маркерів ВІЛ, регулярний скринінг крові донорів, збір даних на дозорних ділянках); вивчення поширеності біологічних (біомедичних) маркерів ВІЛ-інфекції (ІПСШ, парентеральні вірусні гепатити та ін. можуть представляти інтерес не лише самі по собі, а також як індикатори поширеності певних поведінкових факторів ризику передачі ВІЛ); моніторинг захворюваності на СНІД та летальності від СНІД.

Біоповедінковий нагляд, інтегрований біоповедінковий нагляд за ВІЛ-інфекцією

англ. Biological-Behavioral Surveillance (BBS), Integrated Biological-Behavioral Surveillance (IBBS), Biobehavioral Surveillance of HIV; рос. Интегрированный биологически-поведенческий (биоповеденческий) надзор за ВИЧ-инфекцией – комплексний підхід, який також називають «епіднагляд другого покоління». Він дозволяє здійснювати моніторинг ВІЛ-інфекції з урахуванням форм поведінки, що можуть сприяти інфікуванню ВІЛ і поширенню інфекції серед різних груп населення та популяції в цілому. На відміну від «епіднагляду другого покоління», епіднагляд «першого покоління» (який однак так не називали) враховував лише біологічні показники. Епіднагляд третього покоління, крім всього іншого, також враховує запроваджені програми та політики й відстежує їх ефективність. Див. також «Епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією».

Біостатистика

англ. Biostatistics, рос. Биостатистика – наукова галузь, пов'язана з розробкою та використанням статистичних методів у наукових дослідженнях, що стосуються біологічних об'єктів, тобто в медицині, охороні здоров'я, епідеміології, галузі екологічних, сільськогосподарських досліджень, біології тощо. Окремою галуззю біостатистики вважають медичну біостатистику.

Бісексуал

англ. Bisexual; рос. Бисексуал – особа, яка відчуває сексуальний потяг до осіб обох статей та/або практикує статеві контакти як з чоловіками, так і з жінками. Фахівці UNAIDS вважають, що замість терміну «бісексуал» слід використовувати вирази «чоловіки, які мають статеві контакти як з чоловіками, так і з жінками» або «жінки, які мають статеві контакти як з жінками, так і з чоловіками».

Боротьба з інфекційними хворобами

англ. Control of infections; рос. Борьба с инфекционными болезнями – проведення лікувально-профілактичних і проти-епідемічних заходів з метою зниження кількості випадків захворювань або повної їх ліквідації.

Боротьба з хворобами

англ. Control of diseases; рос. Борьба с болезнями – система заходів, спрямованих на зниження захворюваності та смертності.

В

18

Важкодосяжні групи

англ. Hard-to-reach groups; рос. Труднодоступные группы – цей термін використовують у різних контекстах, відповідно до демографічних або поведінкових характеристик: 1) для описання прошарків населення, яких важко залучити до суспільної активності та діяльності; 2) для визначення меншин (етнічних, релігійних, сексуальних, інших); 3) для визначення «прихованого населення», тобто груп осіб, які не хочуть, щоб їх знайшли або контактували з ними (споживачі ін'єкційних наркотиків – СНІВ; жінки, які зазнали насилля; особи з девіантною поведінкою, безхатченки тощо). На представників таких груп важко вийти для проведення дослідження або надання послуг через їхню малочисельність у популяції або стигматизованість. Специфічними для підвищеного ризику інфікування ВІЛ є декілька прихованих груп (споживачі ін'єкційних наркотиків; чоловіки, які практикують сексуальні стосунки з чоловіками, робітники комерційного сексу та деякі інші).

Валідність

англ. **Validity**; рос. **Валидность** – ступінь відповідності концепції, висновку або виміру тому, що існує в реальності. Існує кілька різновидів валідності.

Стосовно валідності виміру розрізняють декілька понять: надійність (послідовність) результатів виміру відрізняється від валідності (точності). Валідність конструкту (*construct validity*) означає, що вимірювання, яке відбувається, справді стосується того, що передбачено теоретично. Між іншим, це перевіряють через конвергентну валідність – *convergence validity* (наскільки результат вимірювання корелює з тим, з чим він має бути пов'язаний теоретично) та дискримінантну валідність – *discriminant validity* (наскільки результат вимірювання не пов'язаний з тим, з чим він має бути не пов'язаний). Валідність змісту (*content validity*) відображає, наприклад, наскільки зміст опитувальника, який має вимірювати певну психологічну рису або поведінку, покриває весь необхідний спектр видів поведінки. Валідність критерію (*criterion validity*) оцінюють через порівняння нового показника з тим, який вже вважають валідним.

Для висновків досліджень зазвичай розрізняють внутрішню та зовнішню валідність. Внутрішня валідність стосується того, чи здатне дослідження встановити причинно-наслідкові зв'язки, якщо вони існують в реальності. Проблеми внутрішньої валідності виникають через три типи систематичних помилок, які можливі в дослідженнях, а саме: систематичні помилки відбору учасників, збору інформації та змішування змінних. Окремо для лонгітудних досліджень виділяють вісім типових проблем внутрішньої валідності: (1) історія, тобто події, що відбуваються одночасно з дослідженням; (2) дозрівання, тобто вплив віку учасників; (3) тестування, тобто вплив початкового вимірювання на подальші результати; (4) інструментарій, тобто зміни у підходах до вимірювання; (5) статистична регресія або регресія до середнього, яка стосується відбору груп з крайніми показниками; (6) відбір учасників, який може розрізнитися для експериментальної та контрольної груп; (7) втрата учасників, яка може розрізнитися за групами; (8) взаємодія між будь-якими переліченими ефектами. Зовнішня валідність дослідження стосується можливості переносити його результати на інші популяції.

Окремо розглядають також валідність діагностичних тестів.

Варіабельність вибірових результатів

*англ. Sampling variation; рос. Вариабельность выбо-
рочных результатов* – різниця між оцінками параметру (наприклад, середніми або відносними ризиками), отриманими у двох випадкових вибірках. Ця різниця зумовлена випадковістю на відміну від різниці, зумовленої впливом певних факторів.

Ведення (управління, менеджмент) випадку, захворювання

англ. Case management, Disease management; рос. Ведение случая, заболевания – скоординований, активний та відповідальний підхід (проактивний підхід) до здійснення догляду та підтримки пацієнтів. Програми з ведення захворювання орієнтовані на лікування осіб з конкретними захворюваннями, найчастіше хронічними. Менеджмент випадку включає базову оцінку ситуації, економічний аналіз наявних ресурсів та необхідних втручань, розробку алгоритмів вирішення наявних проблем, освітні заходи, впровадження розробленої програми та оцінку її результатів. Програми з ведення випадків зазвичай фокусуються на догляді за пацієнтом в цілому. В сфері ВІЛ такі програми більшою мірою стосуються пацієнтів груп високого ризику, в яких поєднані медичні, соціальні, поведінкові та функціональні проблеми. Наведені терміни часто застосовують як синоніми.

Величина p / p -значення

англ. p-Value; рос. p-значение – ймовірність отримання оцінюваної характеристики за умови, що нульова гіпотеза є правильною. Якщо p -значення нижче за певний поріг, то нульову гіпотезу необхідно відкинути. В епідеміологічних дослідженнях – дозволяє судити, наскільки можна довіряти висновку про те, що існує статистичний зв'язок між фактором, що вивчається, та наслідком, тобто міра статистичної значущості різниці, але не міра статистичного зв'язку.

Величина p приймає значення від 0 до 1; для статистичної значущості зазвичай приймають 0,05, але іноді 0,01 або 0,1. В більшості епідеміологічних та біомедичних досліджень результат, де значення ймовірності менше за 5 % ($p < 0,05$) або 10 % ($p < 0,01$), вважають статистично значимим.

Вертикальний шлях передачі (вертикальна трансмісія)

англ. **Vertical transmission**, син. **Inter-generational transmission**; рос. **Вертикальный путь передачи, вертикальная передача** – загалом це передача збудника інфекції від одного покоління до іншого, а конкретніше – безпосередня передача збудника інфекції від матері дитині (під час вагітності, пологів або грудного вигодовування). Також застосовують термін «перинатальна трансмісія», що відображає час безпосередньо до та після пологів.

Вертикальна передача ВІЛ від матері немовляті може відбуватися і під час вагітності, і під час пологів, і в постнатальний період через грудне молоко.

21

Вестерн-Блот (Імуноблот)

англ. **Western Blot (Immunoblot)**; рос. **Вестерн Блот (Иммуноблот)** – метод дослідження, що поєднує в собі імуноферментний аналіз (ІФА) з попереднім електрофоретичним перенесенням на нітроцелюлозну смужку (стрип) антигенів вірусу (ВІЛ). На нітроцелюлозну смужку наноситься досліджуваний матеріал (сироватка, плазма крові пацієнта), і якщо в пробі є специфічні антитіла, то вони зв'язуються з відповідними (комплементарними) антигенними смугами. Результат цієї взаємодії візуалізується; наявність смуг на певних ділянках нітроцелюлозної смужки підтверджує присутність в досліджуваному матеріалі антитіл до певних антигенів ВІЛ. На даний час імуноблот є основним методом підтвердження наявності вірус-специфічних антитіл до ВІЛ в досліджуваному зразку. В деяких випадках ВІЛ-інфекції до розвитку сероконверсії (*див. стор. 156*) специфічні антитіла більш ефективно виявляються методом імунного блоту, ніж ІФА.

Вибірка, вибіркова сукупність

англ. **Sample**; *рос.* **Выборка, выборочная совокупность**: Частина елементів, відібраних із генеральної сукупності (*див. стор. 36*). В епідеміологічних дослідженнях традиційно практикуються наведені нижче методи формування вибірки:

Випадкова вибірка / Ймовірнісна вибірка

англ. **Random sample**; *рос.* **Случайная выборка, вероятностная выборка** – вибірка, в якій імовірність всіх представників популяції (генеральної сукупності) потрапити до вибірки є рівною.

Кластерна вибірка

англ. **Cluster sample**; *рос.* **Кластерная выборка** – метод, коли випадково відбирають не окремо взятих осіб, а групи осіб (все населення району, кварталу, міста, клас школи, родина тощо).

Стратифікована випадкова вибірка

англ. **Stratified random sample**; *рос.* **Стратифицированная случайная выборка** – розподіл популяції на підгрупи (страти) відповідно до якоїсь конкретної характеристики (вік, національність, соціо-економічний статус тощо) і подальша випадкова вибірка у кожній страті.

Систематична вибірка

англ. **Systematic sample**; *рос.* **Систематическая выборка** – метод випадкової вибірки, при якому вибір одиниць спостереження підпорядковується обраному систематичному правилу: наприклад, усі особи в реєстрі на певну літеру; народжені у певний день тижня; кожний п'ятий у картотеці тощо.

Багаторівнева або багатоступенева вибірка

англ. **Multilevel (multistage) sample**; рос. **Многоуровневая выборка** – комбінація способів формування вибірки на окремих послідовних етапах її формування (наприклад: кластерна вибірка за однією ознакою → кластерна вибірка за наступною ознакою → стратифікована за певною ознакою вибірка).

Вибірка зручності

англ. **Convenience sample**; рос. **Выборка удобства** – зручний, але не заснований на ймовірностях метод вибірки, який зазнає суттєвого впливу систематичних помилок: наприклад, обстеження усіх людей на вулиці.

Територіальна вибірка

англ. **Area sample**; рос. **Зонная выборка** – метод формування вибірки, коли розмір популяції невідомий. Вся територія, що використовується для формування вибірки, розподіляється на «під-зони», яким присвоюють номери, після чого деякі з них відбирають випадковим чином. Такий метод частіше за все є етапом кластерних та багатоступеневих вибірок і приводить до визначення первинних вибіркових одиниць (primary sampling units – PSU).

Крім зазначених підходів до формування вибірки, при проведенні епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією у важкодосяжних групах (див. стор. 18) населення використовують групи неімовірнісних (не випадкових) методів побудови вибірок:

Мережева вибірка

англ. **Network sampling**; рос. **Сетевая выборка** – різновиди мережевої вибірки: вибірка «снігова куля» (див. стор. 24), вибірка, що спрямовується та реалізується респондентами (див. стор. 24).

Варто враховувати те, що мережеві методи вибірки можуть спрацьовувати лише в тих важкодосяжних групах, члени яких пов'язані між собою. В таких групах людей, які страждають на певні захворювання або мають інші проблеми зі здоров'ям, мережеві методи вибірки зазвичай не спрацьовують.

Вибірка «снігова куля»

англ. Snowball sampling; рос. Выборка «снежный ком» – метод відбору, коли дослідник збирає дані про декількох членів цільової групи населення (*див. стор. 179*), яких він може знайти, а потім звертається до них з проханням надати інформацію, яка допоможе знайти інших членів цієї групи, яких вони знають (рекрутування наступного учасника). Вибірка «снігова куля» не є репрезентативною, але бувають випадки, коли це може бути кращим або єдиним можливим методом формування вибірки для дослідження у важкодосяжних групах осіб (*див. стор. 18*).

24

Вибірка, що спрямовується та реалізується респондентами

англ. Respondent-driven sampling (RDS); рос. Выборка, управляемая респондентами – метод неімовірнісної вибірки, заснований на теорії ланцюгів Маркова та теорії малих мереж. Певною мірою це є вдосконаленим варіантом мережевої вибірки «снігова куля». Метод базується на припущенні, що самі члени важкодосяжної групи (*див. стор. 18*) найкраще можуть отримати доступ до інших представників цієї групи і рекрутувати їх до участі в дослідженні. На першому етапі здійснюється відбір первинних респондентів (так званих «зерен») з урахуванням їхньої незалежності та різноманітності у базових характеристиках, тоді як подальші «хвилі» вибіркової сукупності формують самі учасники за заданими правилами. «Зерна», як правило, не включаються до основної вибірки, а заохочують до дослідження інших членів цільової групи (перша «хвиля»). Перша «хвиля» рекрутує другу, друга – третю і т.д. Рекрутування мотивують за допомогою певних заохочень (винагород) для залучених осіб до участі в дослідженні.

Вибірка за місцем та часом/ Вибірка «місце–час»

англ. Time Location Sampling (TLS); рос. Выборка с выбором места и времени, выборка «место–время» – різновид кластерної вибірки (*див. стор. 22*), що дозволяє не тільки систематизувати процедуру відбору, а й прогнозувати обсяг вибірки. Метод ґрунтується на припущенні, що представники цільової групи якимось чином упорядковані в певному середовищі (кластері) у певний час (наприклад, у місцях продажу наркотиків – для СН). На першому етапі здійснюється картування характерної локалізації цільової групи з вичерпним переліком таких місць (точок) та представленням їх у різних форматах (табличному, текстовому, на карті населеного пункту тощо). Це здійснюється із залученням різних експертів (представників правоохоронних органів і закладів охорони здоров'я, співробітників громадських організацій та медико-соціальних програм, представників субкультур і важкодосяжних груп та інших). Після цього кожне місце локалізації відвідують представники дослідницької групи, від ключових інформантів збирають відомості щодо можливості збирання даних, представленості потенційних респондентів у різні дні та часи тижня, їх кількості тощо. Зібрану інформацію систематизують та складають графік збирання даних з урахуванням можливості відвідування польовими працівниками кожної точки в окремі дні тижня та різний час доби, щоб охопити представників цільової групи з різними характеристиками. Тобто застосування вибірки за місцем і часом дозволяє скласти максимально вичерпний перелік місць характерної локалізації представників важкодосяжних груп з детальним якісно-кількісним їх описанням. Але залишається теоретична ймовірність, що певна частина генеральної сукупності не локалізується в таких кластерах, тобто не має шансу потрапити до вибірки.

Вибірка зміщена

англ. Biased sample; рос. Смещенная выборка – вибірка, яка системно відрізняється від досліджуваної популяції або від популяції, щодо якої застосовуватимуться результати

досліджень (наприклад, особи, які добровільно беруть участь у профілактичних програмах, часто суттєво відрізняються від тих, на кого ці програми мають впливати).

Вибірка репрезентативна

англ. Representative sample; рос. Репрезентативная выборка – вибірка, сформована таким чином, щоб її властивості відображали основні властивості популяції (генеральної сукупності), аби досягти узагальненості результатів дослідження (наприклад, випадкова вибірка). Подібність вибірки до популяції за окремими ознаками не є доказом її репрезентативності.

Визначення випадку для епіднагляду

англ. Epidemiological case definition; рос. Определение случая для эпиднадзора – визначення випадку захворювання, яке використовують в процесі проведення епідеміологічного нагляду або для розслідування спалахів. Може відрізнятися від переліку діагностичних критеріїв.

Випадок

англ. Case; рос. Случай – в епідеміології це представник населення або досліджуваної групи, виявлений як такий, що має конкретне захворювання, розлади здоров'я або певний стан, щодо якого вивчають його поширеність, фактори ризику тощо. Для визначення випадків можуть бути використані такі критерії, як індивідуальні діагнози (поставлені лікарем), реєстри і сповіщення, виписки із лікарських записів, результати обстеження або скринінгу населення тощо. Епідеміологічне визначення випадку не обов'язково збігається із звичайним клінічним визначенням. Наприклад, в одного пацієнта протитуберкульозного диспансеру може бути кілька клінічних випадків туберкульозу. Визначення випадку має бути чітко прописано в протоколі, програмі, методах дослідження тощо.

Висновок щодо причинно-наслідкового зв'язку

англ. **Causal inference**; *рос.* **Вывод о причинно-следственной связи** – висновок про те, що ефект (результат) виникає як наслідок того, що змінюється причина (причинний, етіологічний фактор). Для встановлення причинно-наслідкового зв'язку в епідеміологічних дослідженнях враховують так звані критерії причинності (критерії Хілла – *Hill's criteria of causation*), серед яких: стійкість, сила, специфічність, залежність «доза-ефект», розподіл у часі, біологічна правдоподібність, когерентність (*див. стор. 102*), експеримент. Але слід враховувати те, що жоден із перелічених критеріїв не можна розглядати як абсолютний. Лише сукупність критеріїв вважається підставою для причинно-наслідкових висновків.

Високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ)

англ. **Highly active antiretroviral therapy (HAART)**; *рос.* **Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ)** – антиретровірусна терапія (АРТ – *див. стор. 10*), що слугує для активного пригнічення реплікації ВІЛ, скорочення його концентрації в крові до невизначених рівнів і уповільнення прогресування ВІЛ-інфекції. ВААРТ і АРТ певною мірою є синонімами, але під терміном «ВААРТ» обов'язково розуміють одночасне застосування кількох антиретровірусних препаратів, на відміну від монотерапії ВІЛ-інфекції.

Виявлення антигену

англ. **Antigen detection**; *рос.* **Выявление антигена** – визначення антигену в досліджуваному матеріалі за допомогою імунологічних методів дослідження (заснованих на реакціях аглютинації, преципітації, використання мічених антитіл).

В діагностиці ВІЛ-інфекції важливе значення має виявлення антигену ВІЛ p24 за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА). Антиген p24 з'являється у крові через два тижні після інфікування і може бути знайдений методом ІФА у період від 2 до

8 тижнів. У подальшому клінічному перебігу ВІЛ-інфекції цей антиген знову з'являється в циркуляції у період розвитку СНІДу. Тобто аналіз динаміки виявлення антигену р24 дозволяє певною мірою прогнозувати перебіг ВІЛ-інфекції.

На даний час застосовують тест-системи 4-го покоління, які спроможні одночасно визначати антитіла до ВІЛ та антиген р24. Ці тести особливо актуальні при обстеженні донорів крові та дітей віком до 18 місяців.

Відношення правдоподібності (ВП)

англ. Likelihood ratio (LR); рос. Отношение правдоподобия (ОП) – показник, який використовують в епідеміології для оцінки скринінгу та діагностичних досліджень – відношення правдоподібності спостереження даних за діючих умов до спостереження цих самих даних за інших умов (наприклад, ідеальних); порівняння різних умов моделі з метою оцінки, яка з них є найбільш придатною.

28

В діагностичних дослідженнях ВП – це відношення ймовірності отримання позитивного результату діагностичного тесту в хворих до ймовірності отримання позитивного результату в здорових осіб (хибно-позитивний – **див. стор. 178**), і навпаки, відношення ймовірності отримання негативного результату діагностичного тесту в здорових до ймовірності отримання негативного результату в хворих (хибно-негативний – **див. стор. 178**). Відношення правдоподібності позитивного тесту (ВП «+») та негативного тесту (ВП «-») розраховують за наступними формулами:

$$\text{ВП+} = (\text{чутливість тесту}) / (1 - \text{специфічність тесту})$$

$$\text{ВП-} = (1 - \text{чутливість тесту}) / \text{специфічність}$$

Відсутність прихильності (до лікування)

англ. Non-Adherence; рос. Отсутствие приверженности (к лечению) – це не лише відмова від приймання ліків, а й порушення режиму приймання (зміна часу приймання, призначеного лікарем), пропуски в прийманні, зниження кількості прийнятих препаратів, приймання ліків у більшій або меншій дозі, ніж призначено медичним працівником.

ВІЛ-негативна особа

англ. **HIV-negative**; рос. **ВИЧ-отрицательный** – особа, результати тестування якої не свідчать про наявність ВІЛ-інфекції (наприклад, відсутність антитіл до ВІЛ). Як синонім вживають термін «**серонегативний**». При цьому ВІЛ-негативна людина може бути інфікованою, якщо знаходиться в проміжку часу між контактом з джерелом ВІЛ і появою специфічних антитіл до ВІЛ (*див. Сероконверсія; Серонегативний період стор. 156*).

ВІЛ-позитивна особа

англ. **HIV-positive**; рос. **ВИЧ-положительный** – особа, результати тестування якої свідчать про наявність антитіл до ВІЛ. Синонім – «**серопозитивний**».

Віремія (вірусемія)

англ. **Viremia**; рос. **Виремия, Вирусемия** – фаза патогенезу вірусної інфекції, яка являє собою циркуляцію вірусу в кровотоці хворого, що сприяє розповсюдженню збудника в організмі та ураженню різних органів і систем.

Патогенез ВІЛ-інфекції за участі вірусемії у схематичному вигляді можна представити таким чином: потрапляння ВІЛ у кров → інфікування клітин, що несуть на собі CD4+ рецептор (в основному Т-лімфоцити хелпери, також моноцити, макрофаги, клітини мікроглії) → реплікація ВІЛ, руйнування клітин → вірусемія → ураження нових CD4+ клітин → вірусемія і т.д. Вірусемія досягає піку до 20-ї доби після зараження, і на цей час у крові з'являються специфічні антитіла до ВІЛ (анти-ВІЛ).

Вірулентність

англ. **Virulence**; рос. **Вирулентность** – сума властивостей інфекційного агента, які визначають його хвороботворну дію. Вірулентність відрізняється від патогенності (*див. стор. 125*) збудника інфекційної хвороби. На відміну від патогенності, яка є видовою ознакою мікроорганізмів, вірулентність – це індивідуальна

ознака конкретного штаму або екземпляру патогенного мікроорганізму, тобто наскільки саме цей вірус чи бактерія здатні пошкоджувати клітини макроорганізму і через це викликати хворобу. Вірулентність вимірюється такими умовними величинами: мінімальна летальна (смертельна) доза (DLM), 50%-на летальна доза (LD_{50}), інфікуюча доза (ID_{50}) для певного виду експериментальних тварин.

ВІЛ-1 має більшу вірулентність, ніж ВІЛ-2 (див. стор. 31).

Вірус

англ. Virus; рос. Вирус – неклітинні форми життя простої організації, які мають геном (ДНК або РНК, відповідно ДНК- або РНК-віруси, за класифікацією по Балтимору), ззовні оточені білковими молекулами, що створюють оболонку вірусу (капсид); деякі віруси мають додаткову зовнішню (вторинну) ліпідну оболонку, більш складні – містять низку ферментів. Віруси не мають власного обміну речовин, апарату синтезування, тому здатні до реплікації (самовідтворення) лише в клітинах більш високоорганізованого організму хазяїна і залежать від структури та метаболізму таких клітин, тобто є облігатними паразитами.

Вірус імунodefіциту людини (ВІЛ)

англ. Human immunodeficiency virus (HIV); рос. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) – ВІЛ належить до сімейства *Retroviridae* (Ретровіруси), роду *Lentivirus* (Лентівіруси), які також відомі як «повільні віруси», що пов'язано з їхньою тривалою персистенцією (перебуванням) в організмі хазяїна та повільним розвитком клінічної картини хвороби. ВІЛ вбудовується (інтегрується) у геном інфікованої клітини хазяїна (у вигляді провірусу–ДНК-копії вірусного геному РНК) і в подальшому розмножується в клітинах, які не діляться. ВІЛ інфікує клітини, які несуть рецептори CD4: Т-хелпери (див. стор. 101), макрофаги, клітини Лангерганса, дендритні та інші клітини, які відіграють важливу роль у розвитку клітинної імунної відповіді. Внутрішньоклітинне розмноження ВІЛ призводить до загибелі уражених клітин,

руйнування імунної системи, що спричиняє розвиток різних, у тому числі опортуністичних, інфекцій (*див. стор. 121*), новоутворень в організмі хворого, що можуть стати безпосередньою причиною смерті людей, які живуть з ВІЛ (*див. стор. 108*).

Вірус імунодефіциту людини типу 1 (ВІЛ-1)

англ. Human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1); рос. Вирус иммунодефицита человека типа 1 (ВИЧ-1) – основний збудник пандемії ВІЛ-інфекції/СНІДу; його виділяють у Північній та Південній Америці, Європі, Азії. Розрізняють чотири групи ізолятів ВІЛ-1: *M, N, O, P*, з яких найбільш поширеним є субтип *M*, що має 11 генетичних варіантів (*A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K*). У світі частіше зустрічається варіант *C*; варіант *A* превалує у Східній Європі (у тому числі в Україні), Центральній Африці, варіант *B* – у Західній Європі, Північній та Південній Америці, Австралії, Китаї, Північній Африці.

Вірус імунодефіциту людини типу 2 (ВІЛ-2)

англ. Human immunodeficiency virus type 2 (HIV-2); рос. Вирус иммунодефицита человека типа 2 (ВИЧ-2) – еволюційно споріднений з ВІЛ-1, але більш подібний до вірусу імунодефіциту мавп; характеризується меншою вірулентністю (*див. стор. 29*), ніж ВІЛ-1; поширений переважно у країнах Західної та Центральної Африки. Уперше виділений із зразків крові вихідців з Гвінеї-Бісау. Хвороба, викликана ВІЛ-2, має уповільнений і легший перебіг, ніж спричинена ВІЛ-1.

Вірусне навантаження

англ. Viral load (VL); рос. Вирусная нагрузка (ВН) – міра кількості вірусних частинок в певному об'ємі біологічної рідини; концентрація вірусу в біологічному субстраті, яка вимірюється кількістю копій вірусу в мілілітрі (наприклад, кількість копій РНК у мілілітрі крові/плазми). Зміни вірусного навантаження в динаміці оцінюють за величиною $N \log_{10}$, де N – ступінь, в який зводиться 10.

Визначення вірусного навантаження – обов’язкова процедура, яку проводять при постановці діагнозу ВІЛ-інфекції, а також на етапі призначення протівірусної терапії та подальшого моніторингу її ефективності. Статистично значущою зміною вірусного навантаження вважають зміну більш ніж втричі або більш ніж на 0,5 Log10. Вірусологічними критеріями ефективності терапії вважають зниження вірусного навантаження більш ніж на 0,5 Log10 через чотири тижні і більш ніж на 1 Log10 через вісім тижнів лікування. Якщо вірусне навантаження не знизилось до рівня менше 400 копій/мл до 24-го тижня лікування або до рівня менше 50 копій/мл до 48-го тижня, це можна розцінювати як неповноцінну відповідь на АРТ (див. стор. 10). Якщо вірусне навантаження після зниження до рівня, що не визначається (відповідними методами дослідження), потім двічі (з інтервалом 4–8 тижнів) знову зросло, існує ризик вірусологічної неефективності лікування. Крім того, визначення вірусного навантаження доцільне для оцінювання ймовірності передачі ВІЛ (вона вища при високому вірусному навантаженні) від матері до дитини, при статевих контактах, професійних експозиціях тощо.

Внутрішньолaborаторний контроль якості (ВЛКЯ)

англ. **Internal quality control**; рос. **Внутрилабораторный контроль качества** – комплекс заходів, що спрямовані на оцінку надійності отримуваних лабораторією результатів та усунення причин незадовільних характеристик цих результатів. Мета ВЛКЯ – оцінювання відповідності результатів досліджень встановленим критеріям (попередньо встановленим вимогам до точності аналізу та величин відхилень), що здійснюється на всіх етапах дослідження – пре-аналітичному, аналітичному, пост-аналітичному. ВЛКЯ проводиться з використанням контрольних матеріалів (контрольних зразків) або на основі статистичного аналізу результатів досліджень і має три послідовні стадії:

- 1) оцінювання збіжності результатів (одноразово здійснюють 10 вимірювань одного внутрішньо-лабораторного контрольного зразка в одній аналітичній серії);

- 2) оцінювання відтворюваності результатів вимірювання з побудовою контрольних графіків (працівники лабораторії проводять аналіз внутрішньолaboratorного зразка протягом 10 днів в 10-ти аналітичних серіях + додатковий аналіз за результатами 10 досліджень контрольованого зразка);
- 3) оперативний контроль (проведення внутрішньолaboratorного контролю якості у кожній аналітичній серії).

Кожна з цих стадій має свою етапність, алгоритми проведення та статистичні характеристики для оцінювання випадкових і систематичних похибок вимірювання (середня арифметична, середнє квадратичне відхилення, коефіцієнт варіації). Контрольний матеріал – це однорідний матеріал як з відомими (встановленими, атестованими), так і невідомими значеннями параметрів, що контролюються; результати дослідження контрольованого матеріалу використовують для оцінки похибки аналітичного виміру, що виконується в лабораторії (як правило, на аналітичному етапі лабораторного дослідження). Контрольний графік – графік з верхніми та нижніми контрольними межами, на який наносять значення статистичних параметрів серій або груп зразків).

Згідно із наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку внутрішньолaboratorного контролю якості досліджень при виявленні серологічних маркерів ВІЛ методами імуноферментного та імунохемилюмінесцентного аналізів» (№4 від 14.01.2015 р., зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30.01.2015 р. за №112/26557), ВЛКЯ – перевірка результатів вимірювань кожної величини в кожній аналітичній серії з метою виявлення та усунення випадкових або систематичних похибок при дослідженні біологічного матеріалу. ВЛКЯ поширюється на роботу персоналу та обладнання, якість тест-систем/наборів реагентів, дотримання умов проведення досліджень.

Вплив / Експозиція

англ. **Exposure**; рос. **Воздействие, экспозиция** – важливе поняття в епідеміології з позиції оцінки причинно-наслідкових зв'язків. Експозиція характеризує, чи перебуває певна людина або група людей під впливом, наражається на дію того чи іншо-

го фактора. Чи буде знайдено зв'язок цього фактора з наслідком/результатом, що стосується здоров'я, є предметом аналітичних досліджень. Експозиція може визначатися таким чином, що це:

- 1) близькість та/або такий контакт з джерелом збудника інфекції, через який може відбутися ефективна передача цього збудника;
- 2) кількість фактора, впливу якого зазнала група людей або окрема особа (у цьому випадку близька до поняття дози).

Експозиція (залежно від її природи) може мати як негативний, так і позитивний (захисний) вплив на наслідок/результат.

Епідеміологічне дослідження може розпочинатися з оцінювання саме експозиції (потім відстежують, чи розрізняється ризик розвитку пов'язаних зі здоров'ям станів у тих, хто мав і хто не мав експозиції – тоді це буде проспективне дослідження – когортне або експериментальне), або збір інформації про експозицію може здійснюватися після відбору «випадків» (тобто людей з проблемою здоров'я) і «контролів» (тоді це буде ретроспективне дослідження).

34

Вторинний імунодефіцит

англ. Secondary immunodeficiency; рос. Вторичный иммунодефицит – зміни в системі імунітету, що не є зумовленими генетичними факторами, а такі, що розвинулися внаслідок іншої патології (хвороби) або зовнішніх впливів.

Втрачені роки потенційного життя / Потенційна кількість втрачених років життя

англ. Potential years of life lost (PYLL); рос. Потерянные годы потенциальной жизни (ПГПЖ), потенциальное количество потерянных лет жизни – кількість років життя, втрачених в результаті передчасної смерті. Іншими словами, кількість років, які можна було б прожити до певного віку, якби смертей від конкретної причини до досягнення цього віку не було взагалі.



Гей

англ. Gay; рос. Гей – чоловік, який має сексуальний потяг до осіб тієї ж статі й практикує сексуальну поведінку, що припускає відносини з представниками тієї ж статі, та культурну самоідентифікацію з представниками гей-спільноти. Бажано використовувати термін «Чоловіки, які мають статеві контакти з чоловіками», за винятком випадків, коли окремі особи або групи самі ототожнюють себе з геями. Термін «Чоловіки, які мають статеві контакти з чоловіками» є ширшим, ніж термін «гей».

Гендер

англ. Gender; рос. Гендер – соціальна стать, що визначає поведінку людини в суспільстві й те, як ця поведінка сприймається. Гендер розглядається сучасною соціологією як поняття, протилежне поняттю біологічної статі людини, як весь поведінковий комплекс, притаманний чоловікам і жінкам.

Гендерний

англ. Gender-specific; рос. Гендерный – цей термін вживають стосовно будь-яких програм або спеціально розроблених підходів, які орієнтовані або на жінок, або на чоловіків. Гендерні програми можуть бути виправданими у разі, якщо аналіз показує, що один гендер зазнав будь-якого утиску з соціальної, політичної та (або) економічної точок зору в результаті історично сформованих обставин.

У ширшому сенсі гендерно-специфічні програми враховують те, що чоловіки й жінки є різними з точки зору біології, ролей і відповідальності в суспільстві та сім'ї, факторів ризику виникнення захворювань та розподілу хвороб і причин смерті.

Саме тому програми та політики охорони здоров'я мають враховувати цю специфічність і впливати на ключові чинники.

Генералізація / Узагальнюваність

англ. Generalizability; рос. Генерализация / Обобщаемость – можливість перенесення результатів вибіркового дослідження на популяцію або інші групи осіб, які зазнають аналогічного впливу (експозиції). Можливість генералізації результатів дослідження також позначають терміном «зовнішня валідність».

Генералізована інфекція

англ. Generalized infection; рос. Генерализованная инфекция – форма інфекційного процесу, що характеризується множинними ураженнями органів і тканин людини (тварини). Генералізація інфекцій частіше виникає за умови пригнічення імунної реакції.

У клінічному перебігу ВІЛ-інфекції на стадії вторинних захворювань спостерігаються генералізовані бактеріальні, вірусні, грибкові, протозойні та паразитарні захворювання.

Генеральна сукупність

англ. Parent population, general population; рос. Генеральная совокупность – статистична сукупність всіх одиниць/об'єктів/суб'єктів/явищ, що підлягають дослідженню і стосовно яких дослідник намагається отримати нове знання та з яких зроблена (може бути зроблена) вибірка (*див. стор. 22*). У практиці вивчення стану здоров'я населення генеральну сукупність розглядають у конкретних межах, окреслених певними ознаками (наприклад, територіальна, виробнича, поведінкова, гендерна тощо) або їх поєднанням. Опис генеральної сукупності варто робити через відповіді на запитання «хто», «де?», «коли?». Генеральна сукупність характеризується якісними ознаками та/або кількісними змінними (параметрами), які можна оцінювати за вибірковими даними.

Генотип

англ. Genotype; рос. Генотип – генетична конституція, тобто сукупність всіх генів організму. Генотип часто визначає чутливість організму людини до виникнення хвороб внаслідок різноманітних експозицій. Будь-яку хворобу можна розглядати як результат інтеракції (взаємодії) між впливом середовища та генетичних особливостей організму людини. Також останнім часом підходи до лікування певних захворювань розробляють з урахуванням генотипних особливостей пацієнтів.

Геоінформаційна система (ГІС)

англ. Geographical information system (GIS); рос. Геоинформационная система (ГИС) – системи, призначені для збору, зберігання, аналізу, графічної візуалізації просторових даних та пов'язаної з ними інформації.

В епідеміології інфекційних захворювань ГІС застосовуються для:

- централізованого збору й зберігання інформації щодо розподілу в просторі спалахів захворювань;
- автоматизованого аналізу цих даних з метою виявлення закономірностей, зумовлених подібністю природних і соціально-економічних факторів на різних територіях;
- створення електронних та паперових мап для відображення епідемічної ситуації в цілому та по окремих регіонах;
- створення мап ризику щодо ймовірності виникнення або занесення певного захворювання тощо.

За допомогою ГІС можна проводити картування поточної епідемічної ситуації; створювати атласи епідеміологічної обстановки; виконувати аналітичні дослідження; генерувати нову інформацію на базі вже наявної тощо.

ГІС можуть також бути корисними для визначення експозиції у дослідженнях з оцінки впливу навколишнього фізичного, хімічного, соціального так будь-якого іншого середовища на здоров'я населення.

Дані в ГС поділяють на позиційні та атрибутивні. Позиційні дані можуть бути представлені у растровий чи векторний спосіб. Векторні дані (точки, полілінії, багатокутники) мають переваги щодо реалізації багатьох функцій (таких як визначення дистанцій). Для реалізації інших функцій вони легко перетворюються на растрові. Інформація щодо стану здоров'я населення та розподілу в просторі й часі факторів ризику належить до атрибутивного типу і зберігається у вигляді таблиць, пов'язаних з мапами.

Гетерогенність (результатів)

англ. Heterogeneity; рос. Гетерогенность – високий ступінь різниці результатів виміру або результатів досліджень, що означає неможливість отримання узагальненої оцінки. Гетерогенність результатів зазвичай є підставою для пошуку додаткових факторів, які визначають цю гетерогенність і можуть належати переважно до генетичних або поведінкових факторів.

38

Гетеросексуальний, гетеросексуальність

англ. Heterosexual, heterosexuality; рос. Гетеросексуальный, гетеросексуальность – термін «гетеросексуальний» вживають стосовно людей, які мають статеві контакти з людьми протилежної статі та/або відчують сексуальний потяг до людей протилежної статі.

Гіперендемичний

англ. Hyperendemic; рос. Гиперэндемический – у цілому цей термін означає, що певні розлади здоров'я населення на даній території характеризуються високим рівнем та поширеністю хвороби, і ці характеристики присутні в усіх вікових групах (на відміну від голоендемичних захворювань, при яких підвищені рівні захворюваності та поширеності хвороби є характерними лише для дитячого населення). Термін «гіперендемичний» також є варіантом поняття «ендемичний» (*див. стор. 71*).

Гіпотеза

англ. Hypothesis; рос. Гипотеза – припущення, зроблене на підставі спостереження або умовиводу, що дозволяє робити прогнози, які можуть бути спростовані; будь-яке твердження, яке можна перевірити та спростувати.

Статистична гіпотеза

англ. Statistical hypothesis; рос. Статистическая гипотеза – припущення щодо характеру або параметрів розподілу випадкових змінних, їхніх зв'язків, яке можна перевірити за результатами спостережень у випадковій вибірці.

Нульова гіпотеза

англ. Null hypothesis; рос. Нулевая гипотеза – статистична гіпотеза, яка стверджує, що одна змінна не пов'язана з іншою або іншими змінними; або що результати, отримані у дослідженні, не відрізняються від тих, які могли бути випадковими; або що різниці між двома вибірками, оціненими за їх середніми значеннями, немає. В загальному вигляді нульова гіпотеза розглядає всі спостережені відмінності як результат випадковості. Неможливість відхилити нульову гіпотезу означає, що виявлену різницю розглядають як випадкову; відхилення нульової гіпотези – навпаки, що різниця не є випадковою. Іншими словами, нульова гіпотеза – основне припущення, що перевіряється, яке зазвичай формулюється як відсутність різниці, відсутність зв'язку, відсутність ефекту тощо. Результат аналізу – це наявність або відсутність підстав для відхилення нульової гіпотези. Результатом не може бути «підтвердження» гіпотези.

Альтернативна гіпотеза

англ. Alternative hypothesis; рос. Альтернативная гипотеза – гіпотеза, відповідно до якої різниця між вибірками не є випадковою (результати статистичних тестів значущо відрізняються від тих, які були б за умови випадковості) та відображає

відповідні різниці між популяціями (як правило, робоча гіпотеза). Нульова та альтернативна гіпотези мають бути сформульовані як взаємовиключні.

Глобальний тягар хвороби

англ. Global burden of disease; рос. Глобальное бремя болезни – кількісна оцінка величини втрати здоров'я, спричиненої захворюваннями, травмами та факторами ризику, виражена у часі, тобто це показник кількості здорових років життя, втрачених через погіршення стану здоров'я, що не відповідає критеріям повного здоров'я. Показник було створено як інструмент для уможливлення порівняння втрати здоров'я у різних вікових та статевих групах та відповідно до різних причин. При оцінюванні глобального тягара хвороби враховують втрачені роки життя (*див. стор. 34*), очікувану тривалість життя та низку інших параметрів. Фахівці ВООЗ вимірюють глобальний тягар хвороби переважно в кількості років життя, втрачених через інвалідність (*див. Індекс DALY стор. 92*).

40

Гомосексуальний, гомосексуальність

англ. Homosexual, homosexuality; рос. Гомосексуальный, гомосексуальность – термін «гомосексуальний» позначає осіб, які мають статеві контакти з представниками тієї ж статі та/або відчують сексуальний потяг до представників тієї ж статі.

Горизонтальна передача (трансмісія), горизонтальний шлях передачі

англ. Horizontal transmission; рос. Горизонтальная передача, горизонтальный путь передачи – в цілому цей шлях пов'язаний з виходом збудника інфекції у зовнішнє середовище і характеризується його проникненням до сприйнятливої особи свого біологічного виду (людини, тварини) при їх прямому або опосередкованому факторами зовнішнього середовища контакті (на відміну від вертикального шляху, який реалізується тільки від матері потомству). Такий шлях притаманний збудникам більшості інфекційних хвороб.

Гостра ВІЛ-інфекція (Первинна ВІЛ-інфекція), син. Гострий ретровірусний синдром

англ. **Acute HIV Infection (Primary HIV infection)**, син. **Acute retroviral syndrome**; рос. **Острая ВИЧ-инфекция (Первичная ВИЧ-инфекция)**, син. **Острый ретровирусный синдром** – стан, який спостерігається впродовж перших 2–4 тижнів після зараження ВІЛ. Гостра фаза хвороби нерідко протікає без чітких клінічних симптомів, але у 30–50% інфікованих з'являються симптоми гострої ВІЛ-інфекції («гострий ретровірусний синдром»), найчастіше у вигляді мононуклеозоподібного, гриппоподібного або екзантематозного захворювання. У цих випадках хвороба може супроводжуватися лихоманкою, лімфаденопатією, ерітематозними і макулопапульозними висипами (на обличчі, тулубі, іноді кінцівках), болями у м'язах або суглобах; рідше зустрічаються діарея, головний біль, нудота і блювота, збільшення печінки та селезінки, неврологічні симптоми. Але гостра ВІЛ-інфекція нерідко залишається нерозпізнаною через схожість її проявів з симптомами грипу, інфекційного мононуклеозу та інших поширених інфекцій. Крім того, у частини хворих її перебіг є безсимптомним. Для підтвердження діагнозу гострої ВІЛ-інфекції доцільно визначати РНК ВІЛ за допомогою молекулярно-біологічних методів дослідження (ПАР) або антиген р24 методом імуноферментного аналізу (див. стор. 90), оскільки антитіла до ВІЛ в цей період зазвичай не виявляються. Більшість людей з гострою ВІЛ-інфекцією можуть не знати про свій стан, проте у цей період вони є дуже небезпечними як джерело збудника інфекції.

Градiєнт інфекції

англ. **Gradient of infection**; рос. **Градиент инфекции** – спектр реакцій організму-хазяїна на інфекцію: від безсимптомних проявів до субклінічних, клінічних виражених і далі до несумісних з життям розладів. Щодо виживання збудника інфекції важливо те, що найважчі форми перебігу захворювання призводять до сегрегації жертви та неможливості подальшої передачі збудника. З іншого боку, м'які та субклінічні форми не призводять до нездатності людини пересуватися та контактувати з іншими. Тому в таких випадках далі передача збудника відбувається без обмежень.

Група підвищеного ризику

англ. High risk group; рос. Группа повышенного риска – група осіб, для яких ризик конкретного захворювання, травми або інших відхилень у стані здоров'я вищий, ніж у решти спільноти чи населення, через вплив різних факторів ризику: спадкових, соціально-економічних, професійних, екологічних, поведінкових тощо.

До груп підвищеного ризику (ГПР) щодо інфікування ВІЛ відносять осіб, які практикують ін'єкційне споживання наркотиків, їх сексуальних партнерів; людей, котрі практикують множинні незахищені статеві контакти (незалежно від сексуальної орієнтації); реципієнтів непере-віреної крові; осіб, задіяних у сфері комерційного сексу (і працівників, і їх клієнтів); чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками; хворих з інфекціями, що передаються статевим шляхом; медичних працівників. Проте за останніми рекомендаціями експертів UNAIDS слід уникати терміну «група високого або підвищеного ризику», оскільки він передбачає, що «ризикованою» є сама група, тоді як насправді всі соціальні групи взаємопов'язані; крім того, цей термін може сприяти дискримінації та стигматизації. Підкреслюють, що «ризикованою» може бути не приналежність до тієї чи іншої групи, а поведінка.

Група порівняння, контрольна група, референтна група

англ. Comparison group, control group, referent group; рос. Группа сравнения, контрольная, референтная группа – збірне поняття, придатне для того, щоб позначати різні групи, які порівнюються з певною основною групою залежно від дизайну дослідження.

В когортних та експериментальних дослідженнях це група, яка не зазнає впливу (експозиції). У дослідженні «випадок–контроль» це група осіб, яка не має досліджуваного розладу здоров'я.

Деякі автори розрізняють групи порівняння та контрольні групи. Наприклад, в інтервенційних дослідженнях контрольна група виникає лише внаслідок ретельно проведеної рандомізації, всі інші групи, які менш збалансовані, ніж в результаті рандомізації, називаються групами порівняння, які можуть бути кращими чи гіршими.

У дослідженнях «випадок–контроль» частіше застосовують термін «контрольна група», в когортних – термін «група порівняння». Окремий термін – «референтна група». Він може бути застосований в обох значеннях, але частіше його згадують при аналізі даних, щоб показати, з якою групою порівнюють інші групи в конкретному аналізі. Більшість досліджень повідомляють про відносний ризик (або його певні виміри) для досліджуваної групи через ризик референтної групи, а саме у скільки разів він є вищим чи нижчим. Наприклад: ризик інфікуватися ВІЛ для людей, що вживають ін'єкційні наркотики, вищий у N разів.

Як референтну групу щодо оцінки рівня ВІЛ-інфекції серед загальної популяції часто згадують вагітних, оскільки вони відображають реальний прошарок населення активного репродуктивного віку. З точки зору термінології експериментальних досліджень, вони можуть розглядатися як нерандомізована, незбалансована група порівняння. У експериментальних або квазі-експериментальних дослідженнях, в яких неможливо створити ретельно обрану контрольну групу, іноді порівнюють результати з показниками всього населення, або всього населення певного віку, або з певними характеристиками. Саме такою групою порівняння є вагітні жінки.



Дані

англ. Data; рос. Данные – загалом це відомості, необхідні для будь-якого висновку, рішення. Згідно з одним із визначень міжнародної організації стандартизації (*the International Organization for Standardization – ISO*), дані – це представлення фактів, понять або інструкцій у формі, прийнятній для спілкування, інтерпретації або оброблення людиною за допомогою автоматичних засобів (ISO/IEC/IEEE 24765-2010). Неформально дані часто ототожнюють з інформацією, проте дані – це первинна і необроблена форма, а інформація – певний рівень структурованості даних.

44

Дані демографічні (демографічні показники)

англ. Demographic data; рос. Демографические данные, демографические показатели – на агрегованому рівні це статистичні показники, що характеризують стан населення та його відтворення. До них відносяться показники природного руху населення – народжуваність, смертність, середня тривалість життя тощо. Крім того, виділяють такі показники, як чисельність і структура населення, його щільність, рівень освіти, етнічна структура, сімейна структура. На рівні окремого дослідження терміном «демографічні дані» або «демографічні характеристики» зазвичай позначають характеристики вибірки з точки зору статі, віку, освіти, зайнятості тощо.

Дані дискретні

англ. **Discrete data**; рос. **Дискретные данные** – кількісні дані (*див. стор. 46*), які можуть приймати лише окремі значення у межах свого діапазону виміру. В описовій біостатистиці (*див. стор. 17*), як правило, виражаються цілими числами (кількість дітей у родині, кількість вагітностей, рецидивів захворювання, нападів бронхіальної астми, цигарок, викурених за день, тощо). Іншим відомим прикладом дискретних даних, які не є цілими числами, можуть бути довжини хвиль в спектрах випромінювання.

Дані дихотомічні

англ. **Dichotomous data**; рос. **Дихотомические данные** – категоріальні дані (*див. стор. 45*), які можуть бути віднесені до двох протилежних категорій – «так» – «ні» і приймають лише одне з цих значень (одужав – не одужав, палить – не палить тощо).

Дані категоріальні

англ. **Categorical data**; рос. **Категориальные данные** – у біостатистиці це дані, що характеризують деякі категорійні ознаки (стать, наявність того чи іншого захворювання, його стадія тощо). У ряді випадків їх поділяють на **номінальні** та **ординарні**, або **упорядковані (Ordinal data)**. Номінальні дані стосуються таких категорій, які не можна упорядкувати (стать, кольори, спеціальність, місто), ординарні – різновид категоріальних даних, що були упорядковані за будь-яким принципом (наприклад, розподіл ВІЛ-позитивних пацієнтів за стадіями інфекційного процесу). **Бінарні (Binary data)** – також різновид категоріальних даних, коли змінна може приймати лише одне з двох значень (за принципом «так» – «ні»). Бінарні дані можна розглядати і як номінальні, і як ординарні, вони також називаються дихотомічними (*див. стор. 45*)

Дані кількісні, метричні, інтервальні

англ. Numerical, metric, interval data; рос. Количественные, метрические, интервальные данные – величини, яким властивий природний порядок розташування з рівними інтервалами між послідовними значеннями, незалежно від їхнього місця на шкалі (маса тіла, кількість клітин крові, концентрація глюкози у крові тощо).

Демографічна статистика

англ. Demographics, син. Vital statistics; рос. Демографическая статистика – галузь соціально-економічної статистики, яка займається збиранням, обробкою та аналізом даних, що характеризують чисельність населення; розміщення населення по території, склад за статтю, віком, сімейним станом, національністю, рівнем освіти, зайнятістю тощо. З позиції охорони здоров'я, демографічна статистика – це дані державної реєстрації щодо природного руху населення, зокрема народжуваності, смертності, загибелі плоду, кількості вагітностей, кількості живонароджених та мертвонароджених дітей, репродуктивних і вікових параметрів населення, кількості шлюбів і розірвання шлюбів, материнської смертності тощо (у регіональному, національному, міжнародному масштабі). *Див.* також «Дані демографічні» стор. 44.

Детермінант

англ. Determinant; рос. Детерминант – будь-який фактор, чинник або подія, що призводять до змін у стані здоров'я або в іншій характеристиці. Як синоніми також застосовують терміни «предиктор», «фактор», «чинник».

Джерело збудника інфекції

англ. Infection source; рос. Источник возбудителя инфекции – людина або тварина, заражені збудниками інфекційної хвороби, не лише хворі на неї, а також так звані «носії» збудника інфекції.

Дискордантна пара

англ. **Discordant couple**; рос. **Дискордантная пара** – будь-яка пара, в якій існує та чи інша відмінність за наявності або відсутності певної ознаки (наприклад, релігійна перевага, наявність або відсутність роботи, соціальний рівень, рівень освіти тощо), у тому числі захворювання. У генетиці дискордантними називають пари близнюків, з яких лише один має аналізовану ознаку (наприклад, асиметричні ознаки: ліворукість, наприклад, завитка волосся на потилиці, дерматогліфічні візерунки на пальцях і долонях, асиметрія очей, ніг тощо). Цей термін також застосовують у дослідженнях «випадок–контроль» (див. стор. 57) з підібраними парами для опису пар, члени яких мали різну експозицію фактором ризику (див. стор. 175), що вивчається.

Серодискордантна пара

Стосовно ВІЛ-інфекції поняття «дискордантна пара» або «серодискордантна пара» застосовують для позначення пари, в якій один з партнерів є ВІЛ-позитивним, інший – ВІЛ-негативним. Парою вважаються двоє людей, які підтримують постійні сексуальні стосунки; в рамках цих відносин кожен з них називається партнером (визначення цих взаємин окремими людьми значно варіюється залежно від культурних і соціальних факторів). Дискордантні за ВІЛ-статусом пари стикаються з багатьма проблемами – від страху заразити та/або втратити партнера і перспективи подальшого спільного життя до невпевненості щодо народження здорової дитини, забезпечення її майбутнього, захисту від можливої соціальної дискримінації тощо. Нині у багатьох серодискордантних пар, які прийняли рішення стати батьками, з'явилися перспективи на безпечне зачаття, виношування та народження здорової дитини. Якщо ВІЛ-позитивним партнером у парі є жінка, можна застосувати такі методи безпечного зачаття: 1) методи штучного запліднення, що не потребують сексуального контакту і знижують ризик передачі ВІЛ партнеру (методи допоміжних репродуктивних технологій – екстракорпоральне запліднення та метод штучної інсемінації сперматозоїдів у порожнину матки; 2) застосування АРТ для зниження вірусного навантаження при природному заплідненні. Для ВІЛ-позитивних чоловіків розроблено такі методи безпечного

зачаття: 1) очищення сперми (після чого її вводять у порожнину матки жінки); 2) запліднення донорською спермою (бажано анонімного донора); 3) АРТ (зниження вірусного навантаження в крові може сприяти зменшенню кількості ВІЛ у спермі, але ризик інфікування жінки все ж таки залишається).

Дискримінація

англ. **Discrimination**; рос. **Дискриминация** – розрізнення у ставленні до людей на підставі їх дійсної або уявної належності до певної соціальної групи чи на підставі притаманних їм певних біологічних, фізичних чи соціальних ознак. Дискримінація може проявлятися як через діяльність, так і бездіяльність. Зокрема, приводом для стигми/стигматизації (див. стор. 164) з подальшою дискримінацією може бути ВІЛ-позитивний статус людини.

Дисперсійний аналіз

48

англ. **Analysis of variance**; рос. **Дисперсионный аналіз**:

- 1) загальний термін для методів, що порівнюють середні значення груп спостереження шляхом розщеплення загальної дисперсії (див. стор. 49) кількісної (метричної, інтервальної – див. стор. 45) змінної на її компоненти і порівняння дисперсії між групами та всередині груп;
- 2) статистичний метод, який відокремлює та оцінює внесок категоріальних незалежних змінних. Спостереження класифікують за категоріями кожної незалежної змінної (див. стор. 85), а потім вираховується критерій Фішера, який оцінює статистичну значущість розбіжностей.

Цей метод використовують для порівняння двох і більше вибірових сукупностей (див. стор. 22); порівнюють дисперсію між групами та всередині груп і з цього роблять оцінку статистичних тестів. Нульова гіпотеза (див. стор. 39) в цьому випадку стверджуватиме, що групи не розрізняються між собою, альтернативна гіпотеза (див. стор. 39) – хоча б одна пара вибірових сукупностей розрізняється між собою. Це параметричний метод, тому дані повинні мати нормальний або близький до нормального розподіл.

Також важливим обмеженням методу є те, що дисперсії всередині порівнюваних груп не мають суттєво розрізнятися.

Реалізація цього методу в більшості статистичних пакетів називається ANOVA. Це відповідає тому, що називається «однофакторний дисперсійний аналіз» (рос. однофакторный дисперсионный анализ), але такий аналіз може бути багатфакторним, якщо одночасно вивчається зв'язок результуючої інтервальної змінної з декількома незалежними категоріальними змінними. Такий аналіз реалізується за допомогою VANOVA або General Linear Model.

Дисперсія

англ. **Variance**; рос. **Дисперсия** – міра мінливості, розсіювання в ряді спостережень; квадрат стандартного відхилення.

Дієвість

англ. **Efficacy**; рос. **Действенность вмешательства** – ступінь, в якому втручання зменшує ймовірність несприятливих наслідків порівняно з іншим втручанням (або відсутністю втручання); оцінюється у ході контрольованих випробувань (ідеальна дієвість) або повсякденної практики (реальна ефективність).

Дійсно (істинно) негативний (результат тесту)

англ. **True negative**; рос. **Истинно негативный** – негативний результат специфічного тесту у здорової людини розглядається як дійсно (істинно) негативний на відміну від так званого хибно (або ложно, помилково) негативного.

Дійсно (істинно) позитивний (результат тесту)

англ. **True positive**; рос. **Истинно позитивный** – позитивний результат виявлення специфічного маркера у хворого розглядається як дійсно (істинно) позитивний на відміну від хибно (або ложно, помилково) позитивного.

Ділянки дозорного епідеміологічного нагляду, дозорні ділянки

англ. **Sentinel sites**; рос. **Участки дозорного эпиднадзора, дозорные участки** – ділянки, де здійснюються дослідження в рамках дозорного епідеміологічного нагляду (ДЕН). Дозорний епідеміологічний нагляд існує відповідно до різних захворювань, яким, наприклад, деякі групи лікарів приділяють підвищену увагу або підсилену лабораторну діагностику та повідомляють про всіх виявлених пацієнтів з ознаками такого захворювання або навіть доклінічних проявів. Подібні ділянки з більш підготовленим персоналом дозволяють зрозуміти динаміку розвитку певних епідемій та екстраполювати отримані результати на більші території.

Стосовно дозорного нагляду за ВІЛ-інфекцією – це території з високим рівнем захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу (а також туберкульозу, ІПСШ) або окремі місця, де концентруються цільові групи (див. стор. 179). Вибір дозорних ділянок ґрунтується на таких критеріях:

1) географічний; 2) поширеність ВІЛ-інфекції (за результатами скринінгу); 3) несприятлива епідемічна ситуація щодо ІПСШ та парентеральних вірусних гепатитів (за даними офіційної статистики та спеціальних досліджень); 4) поширеність вживання ін'єкційних наркотиків; 5) доступність цільових груп (можливість отримання достатньої за розміром вибірки); 6) наявність кадрових (підготовлених фахівців, які володіють навичками проведення польових досліджень і лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, ІПСШ) та матеріальних ресурсів.

Дозорними ділянками можуть бути:

- місця концентрації працівників комерційного сексу;
- місця збору споживачів ін'єкційних наркотиків;
- кабінети довіри;
- лікувально-профілактичні заклади, які надають допомогу СН та хворим на ІПСШ;
- установи виконання покарання та ін.

ДНК (дезоксирибонуклеїнова кислота)

англ. **DNA (deoxyribonucleic acid)**; *рос.* **ДНК (дезоксирибонуклеиновая кислота)** – один з двох типів нуклеїнових кислот – макромолекула, що забезпечує зберігання, передачу від покоління до покоління та реалізацію генетичної програми розвитку й функціонування живих організмів (носії генетичної інформації).

ДНК-вмісний вірус

англ. **DNA virus**; *рос.* **ДНК-содержащий вирус**. До цієї групи належать віруси, генетичний матеріал яких представлений одно- або дволанцюговою молекулою ДНК лінійної або кільцевої форми; геном може бути у вигляді однієї або декількох молекул ДНК.

Добровільне консультування і тестування (ДКТ), *син.* Тестування на ВІЛ і консультування з ініціативи клієнта

англ. **Voluntary counseling and testing (VCT)**, *син.* **Client-initiated HIV testing and counselling (CITC)**; *рос.* **Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ)**, *син.* **Тестирование на ВИЧ и консультирование по инициативе клиента** – процес, ініційований людиною, яка бажає дізнатися про свій ВІЛ-статус. Нині існує багато різних підходів до проведення тестування на ВІЛ та консультування на місцях, і люди часто мають різну мотивацію до його проведення. Фахівці ВООЗ пропонують використовувати термін **«тестування на ВІЛ та консультування»**. Всі форми тестування на ВІЛ та консультування мають бути добровільними і ґрунтуватися на п'яти принципах: (1) згода, (2) конфіденційність, (3) консультування, (4) надійні результати тестування і (5) зв'язок зі службами з надання допомоги, проведення лікування і профілактики. При всіх підходах до тестування на ВІЛ та консультування важливе значення має забезпечення якості як тестування, так і консультування.

Добровільність (у ДКТ) передбачає отримання від пацієнта (клієнта) усвідомленої згоди, тобто людина розуміє мету і процедуру тестування, має інформацію щодо можливостей профілактики та необхідності запобігання зараження ВІЛ, лікування, соціальної й психологічної підтримки у разі позитивного результату тесту на маркери інфікування ВІЛ. Також цей принцип забезпечує пацієнту можливість відмовитися від тестування.

Консультування (у ДКТ) – не лише передача інформації щодо результатів від консультанта пацієнту (клієнту), а й двостороннє спілкування, в процесі якого консультант допомагає людині прийняти інформоване та усвідомлене рішення і надає психологічну підтримку у разі позитивного результату тесту. Консультування необхідно проводити з усіма особами і до тесту, і після нього, незалежно від отриманого результату (позитивного/негативного). Такий підхід допомагає у прийнятті рішення щодо тестування та зміни поведінки на безпечнішу стосовно можливості інфікування ВІЛ.

Тестування – діагностичний захід, що дає можливість визначити ВІЛ-статус.

Пацієнт (у ДКТ) – людина, яка отримує послуги з ДКТ у медичному закладі.

Клієнт (у ДКТ) – людина, яка отримує послуги з ДКТ у немедичному закладі (наприклад, у ВІЛ-сервісній організації).

Довірчий інтервал (Δ)

англ. Confidence interval (CI); рос. Доверительный интервал (ДИ) – у біостатистиці (*див. стор. 17*) це показник, що дозволяє оцінити, в яких межах з імовірністю, що відповідає вказаному рівню значущості, може знаходитися дійсне (істинне) значення параметру в популяції (діапазон коливань дійсних значень, межі можливих коливань показника в генеральній сукупності). Частіше використовують довірчий інтервал у 95%, що є достатнім для більшості досліджень і відповідає 5% (100–95) апіорної припустимості похибки першого роду (α).

Довірчі межі

англ. Confidence limits; рос. Доверительные границы – верхня і нижня межі довірчого інтервалу.

Додаткове втручання

англ. **Cointervention**; рос. **Дополнительное вмешательство** – застосування додаткових (незапланованих) діагностичних, лікувальних або профілактичних заходів щодо осіб досліджуваної, контрольної групи або обох цих груп (у рандомізованому контрольованому дослідженні – *див. стор. 146*). Важливо враховувати, що такі додаткові втручання, особливо якщо вони проведені лише в одній з двох груп, можуть стати загрозою для валідності дослідження, оскільки роблять групи незбалансованими.

Дозорний епідеміологічний нагляд (ДЕН)

англ. **Sentinel surveillance**; рос. **Дозорный эпиднадзор, контрольно-выборочный эпиднадзор** – епідеміологічний нагляд, заснований на зборі даних у вибіркових популяціях, по вибіркових пунктах або ділянках дозорного епіднагляду (*див. стор. 50*). Це необхідно для раннього виявлення випадків захворювання або отримання індикаторних даних щодо поширення захворювання чи будь-якої проблеми, пов'язаної зі здоров'ям. Одна зі складових ДЕН – збирання інформації по конкретній популяційній групі (наприклад, інфікованість ВІЛ та збудниками ІПСШ серед вагітних, споживачів ін'єкційних наркотиків), що в подальшому використовують як індикатор тенденцій серед населення в цілому. Щоб висновки, отримані в ході ДЕН, були обґрунтованими і була можливість порівняння даних, потрібні стандартні визначення випадків (для ДЕН) та стандартні протоколи.

За визначенням ВООЗ, ДЕН за ВІЛ-інфекцією – це систематичний збір даних щодо поширення ВІЛ серед окремих груп населення (дозорних груп), поведінка яких є найбільш ризикованою щодо інфікування; ці дані збирають на певній території (дозорна ділянка), за визначений період часу.

Результати ДЕН за ВІЛ-інфекцією допомагають:

- отримувати інформацію про рівні інфікованості ВІЛ, зміни структури шляхів передачі збудника інфекції у дозорних групах;
- вивчати тенденції поширеності ВІЛ в уразливих групах населення;

- *порівнювати результати ДЕН в регіонах з різною поширеністю ВІЛ-інфекції;*
- *зіставляти результати, отримані в ході ДЕН, з даними рутинних епідеміологічних та поведінкових досліджень;*
- *складати епідеміологічний прогноз поширення ВІЛ у групах населення з різним ризиком інфікування;*
- *розраховувати оціночні показники (оцінювання чисельності представників уразливих груп, груп ризику);*
- *виявляти пріоритетні групи населення та регіони, які потребують впровадження профілактичних програм;*
- *планувати та проводити профілактичні заходи з протидії епідемії ВІЛ-інфекції;*
- *оцінювати ефективність протиепідемічних та профілактичних заходів у відповідь на епідемію.*

Доказова медицина (ДМ) / Медицина, заснована на доказах

54

англ. Evidence-based medicine (EBM); рос. Доказательная медицина (ДМ) или медицина, основанная на доказательствах – послідовне застосування сучасних доказів, почерпнутих з опублікованих клінічних та епідеміологічних досліджень, у веденні пацієнтів з урахуванням балансу користі та шкоди діагностичних і лікувальних втручань, а також унікальних особливостей кожного пацієнта, включаючи супутні стани здоров'я та особисті уподобання. Тобто це використання результатів кращих клінічних досліджень для вибору лікування конкретного пацієнта, інтеграція найкращих наукових доказів з клінічним досвідом та очікуваннями пацієнта.

Доказова охорона здоров'я

англ. Evidence-based public health; рос. Доказательное здравоохранение – застосування найкращих доступних доказів для розробки суспільної політики стосовно охорони здоров'я та медичної практики, обґрунтоване на базі епідеміологічних, демографічних, соціологічних, економічних та інших наукових джерел.

Доконтактна профілактика (ДКП)

англ. **Pre-exposure prophylaxis (PrEP)**; рос. **Доконтактная профилактика (ДКП)** – призначення антиретровірусних препаратів перед контактом або можливим контактом з джерелом ВІЛ.

Дослідження

англ. **Research**; рос. **Исследование** – у широкому розумінні це пошук нових знань або систематичне розслідування з метою встановлення фактів; у більш вузькому сенсі – науковий метод вивчення будь-якого об'єкта (предмета, явища) з метою виявлення його закономірностей, що характеризується об'єктивністю, відтворюваністю, доказовістю, точністю. Дослідження має два рівні – емпіричний і теоретичний. Як правило, дослідження розподіляють на фундаментальні та прикладні, кількісні (*див. стор. 60*) й якісні (*див. стор. 68*), унікальні та комплексні. Для природничих наукових дисциплін у цілому характерний такий алгоритм дослідження: спостереження, теоретичний аналіз та пошук можливої концепції, розробка гіпотези, розробка методу і методик виконання, забезпечення експерименту.

У біостатистиці та клінічній медицині дослідження можна класифікувати таким чином:

- за відношенням до гіпотези – пошукові (*exploratory study*) та перевіряючі (*confirmatory study*);
- за позицією дослідника – обсерваційні (*observational study*) та експериментальні (*experimental study*);
- за метою дослідження – описові (*descriptive study*) та аналітичні (*analytical study*);
- за часом спостереження – поперечні (*cross-sectional study*) та поздовжні (*longitudinal study*); останні поділяються на проспективні (*prospective study*) і ретроспективні дослідження (*retrospective study*).

Дослідження аналітичне

англ. **Analytic study**; рос. **Аналитическое исследование** – дослідження, в якому порівнюють групи учасників, щоб оцінити зв'язок між захворюваністю або іншими показниками, що характеризують стан здоров'я населення, та різними потенційно причинними факторами, так званою експозицією. Частина аналітичних досліджень – це такі, що перевіряють гіпотези та піддають статистичній перевірці сформульовані до його початку гіпотези щодо наявності причинно-наслідкового зв'язку між показниками здоров'я та певним фактором впливу.

Дослідження випадків

англ. **Case study, case report**; рос. **Исследование случая** – різновид дослідження в науках про суспільство та живі організми, яке передбачає сфокусований детальний розгляд предмета дослідження та пов'язаних з ним умов і контексту. Метод дослідження випадків широко застосовується в різних науках – від психології, антропології, соціології, політичних наук до педагогіки, клінічних наук, соціальної роботи та управлінських наук. В якості випадків можна розглядати індивідів, організації, події. В медичних науках дослідження випадку має вигляд клінічного обсерваційного (*див. стор. 63*) описового (*див. стор. 64*) дослідження, що полягає в описі одного або декількох (як правило, до 10 – тоді це називають «серія випадків» – case series – *див. стор. 68*) випадків з клінічної практики, що, на думку дослідника (лікаря), мають бути представлені до уваги колег (описання цікавих особливостей групи пацієнтів або окремого клінічного випадку). Це найдавніший спосіб медичного дослідження, який полягає у детальному викладенні даних, отриманих шляхом спостереження за одним або декількома хворими (не більше 10). Це може бути опис невеликої кількості пацієнтів з рідкісним захворюванням або нехарактерними змінами у перебігу захворювання, що можуть бути об'єднані спільною причиною; перший виклад гіпотези тощо. Такі дослідження забезпечують опис незвичайних проявів патології, допомагають вивчати патогенез (*див. стор. 125*), оцінювати ризик та прогнози, висувати гіпотези щодо

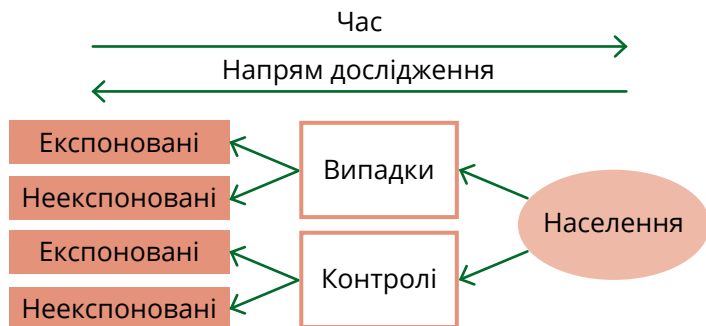
етіології та способів лікування. Крім того, переваги методу полягають в оперативності надання інформації, мінімальних витратах та простій процедурі збору даних. Як варіант якісного дослідження він може бути лише джерелом формулювання гіпотез, які перевірятимуться в інших дизайнах.

Дослідження «випадок–контроль»

англ. Case-control study; рос. Исследование «случай–контроль» – різновид обсерваційного (див. стор. 63) ретроспективного (див. стор. 67) аналітичного (див. стор. 56) дослідження, в якому за даними анамнезу, спогадами пацієнтів, іноді архівними даними порівнюють дві групи – випадки та контролю – і далі оцінюють зв'язок між кожним потенційним фактором ризику та настанням наслідку, який цікавить дослідника. Тобто досліджують частоту попередньої експозиції певного фактору на обидві групи, і якщо такому впливу статистично значущо частіше підлягали особи з групи «випадок» (хворі), ніж здорові «контролі», це свідчить, що існує зв'язок між експозицією та наслідком. До однієї групи відбирають пацієнтів з певною патологією (станом, пов'язаним зі здоров'ям, наслідком) – група «випадок», до іншої – осіб без неї – група «контроль» (як правило, підбирають 1–4 «контролі» на один «випадок» з-поміж осіб з подібними до «контролів» загальними характеристиками за віком, статтю тощо). Дослідження «випадок–контроль» здійснюють зазвичай раніше, ніж когортне (див. стор. 61) або експериментальне (див. стор. 69), при вивченні рідкісних захворювань, за умови обмеженого часу та обмежених ресурсів. Відповідно, переваги цього дизайну полягають у (1) можливості порівняно швидко (швидше, ніж у проспективних дослідженнях) отримати відповідь (один з найкращих методів вибору при розслідуванні спалахів); (2) одночасно й швидко досліджувати багато факторів (експозицій) для вивчення одного наслідку; (3) відносній дешевизні; (4) відсутності втрат через вибуття осіб з дослідження. Недоліки дослідження: ймовірність систематичних похибок (див. стор. 134) при виборі «випадків» і «контролів», зборі інформації – оскільки випадки з більшою ймовірністю згадують різні експозиції, ніж «контролі», дослідження «випадок–контроль» зазвичай переоцінюють

зв'язки між факторами ризику та наслідками; труднощі щодо формування контрольної групи; неможливість оцінити рівні захворюваності та поширеності хвороби в популяції.

Схема дослідження:



У спрощеному вигляді дані, отримані у дослідженні «випадок–контроль», заносять до табл. 2х2, після чого розраховують співвідношення шансів (*див. стор. 184*) і опосередковано через цей показник – відносний ризик (*див. стор. 152*).

58

	«випадок»	«контроль»	Усього
Був вплив фактору (експоновані)	a	b	$a + b$
Не було впливу (неекспоновані)	c	d	$c + d$
Усього	$a + c$	$b + d$	$a + b + c + d$

Дослідження екологічне (кореляційне)

англ. Aggregate risk study, ecological study, correlation study; рос. Экологическое (корреляционное) исследование – різновид аналітичних, переважно розвідувальних, досліджень, одиницею аналізу в яких є групи людей, такі як класи, школи, міста, області, країни, для яких відомі певні показники агрегованого рівня. Мета екологічного дослідження – пошук гіпотез щодо можливих причин захворювання (або іншого стану, пов'язаного зі здоров'ям) в різних групах людей у зв'язку з особливостями регіону або інших характеристик, спільних для цих людей; оцінка можливого впливу (експозиції) на людей факторів ризику, оцінених в агрегованому вигляді.

У таких дослідженнях неможливо встановити індивідуальний зв'язок між фактором і наслідком, але можна оцінювати різні характеристики популяції, порівнювати популяції між собою. В екологічних дослідженнях фактор ризику характеризується середнім показником у групі.

Дослідження за сліпим методом / Сліпий метод, сліпе дослідження

англ. **Blind(ed) method**, син. **Masked method; Blind(ed) study**; рос. **Слепой метод, исследование по слепому методу** – метод проведення контрольованого дослідження з метою об'єктивної оцінки ефективності медичного втручання або лікувально-діагностичного методу, при якому досліднику та/або обстежуваним недоступна інформація про те, до якої групи (експериментальної чи контрольної) віднесена обстежувана особа («сліпий» розподіл). При **простому сліпому методі (Single-blind)** ця інформація відсутня лише у пацієнта, в той час як дослідник (людина, яка збирає інформацію) знає, яке втручання було призначено. При дизайні **подвійного осліплення (Double-blind study, син. Double-blinded, Double-masked, double-mask study)** людина, яка збирає інформацію та здійснює виміри, також не володіє інформацією щодо приналежності обстежуваної особи до конкретної групи, що дозволяє зменшити похибки, пов'язані з очікуваннями. Використовують також **потрійний сліпий метод (Triple-blind trial)**, коли не інформовані ані пацієнти, ані лікарі, які вимірюють результат, ані особи, які проводять статистичний аналіз отриманих даних. Дослідження за сліпим методом застосовуються з метою зменшення систематичної помилки.

Дослідження з відстеженням, подальше спостереження

англ. **Follow-up study**; рос. **Последующее наблюдение, исследование с отслеживанием** – дослідження, в якому окремі особи або групи осіб, відібрані за певною ознакою

(наприклад, контакт з фактором ризику, профілактичним або лікувальним втручанням, наявністю конкретної характеристики), спостерігаються протягом тривалого часу з метою оцінки наслідку впливу або втручання. Принципова схема дослідження полягає в тому, що через певні проміжки часу групи експонованих та неекспонованих індивідів обстежуються на предмет наявності проявів тих хвороб або інших ознак стану здоров'я, які цікавлять дослідника; далі аналізуються отримані дані для порівняння ризику виникнення хвороби в двох групах. Такі дослідження можуть передбачати багаторазове обстеження учасників протягом багатьох років. До цієї групи належать когортні (*див. стор. 61*) та експериментальні (*див. стор. 69*) дослідження.

Дослідження кількісне

англ. Quantitative research; рос. Количественное исследование – дослідження, спрямоване на оцінку параметрів та зв'язків між ними. В узагальненому вигляді кількісні дослідження відповідають на запитання «скільки» на відміну від якісних, які відповідають на запитання «як» і «який». У кількісних дослідженнях збирають інформацію про ознаки, які можна виміряти. Кількісні дослідження можуть бути описовими, коли визначають оцінки популяційних параметрів, наприклад поширеність захворювання, імовірність настання події, та аналітичними (*див. стор. 7*), коли оцінюють зв'язки між двома і більше змінними (які можна виміряти). Методи збору даних включають клінічні та лабораторні тести, застосування опитувальників тощо. Кількісний аналіз передбачає інтерпретацію числових даних з використанням статистичних процедур для опису досліджуваних явищ або оцінки величини і сили зв'язків між ними.

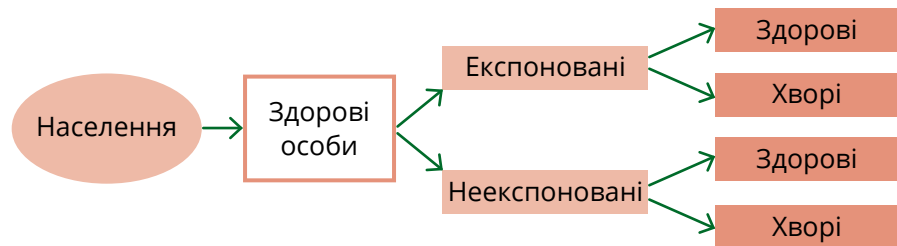
Дослідження когортне

англ. **Cohort study**; рос. **Когортное исследование** – тривале епідеміологічне дослідження, структура якого дозволяє простежити за групою (когортою – *див. стор. 102*) учасників та виявити різницю у частоті розвитку в них певних наслідків/результатів. Дослідження розпочинають з відбору групи осіб, що зазнала експозиції певним фактором, та групи, яка не підпадала під цю експозицію або ступінь впливу відрізнявся. Важливою умовою є відсутність в учасників на початку дослідження тих захворювань або інших станів, які передбачено відстежувати. Ці групи простежують у часі, щоб визначити, чи з'являться в учасників проблеми зі здоров'ям, що вивчаються. Одна з особливостей когортного дослідження – спостереження за великою кількістю осіб протягом тривалого часу.

Схема когортного дослідження:

Час

Напрямок дослідження



У цілому когортні дослідження дають можливість кількісної оцінки гіпотез щодо чинників виникнення захворювання та ризику їх розвитку (визначення відносного, додаткового ризику – *див. стор. 152*). Але вони, як правило, довготривалі, потребують значних фінансових витрат, особливо при вивченні хвороб з тривалим латентним перебігом (наприклад, ВІЛ-інфекція). Перевагами когортних досліджень є: 1) можливість оцінити захворюваність, відносний ризик (*див. стор. 152*); 2) чіткий часовий зв'язок фактору ризику з розвитком захворювання; 3) можливість вивчення розвитку захворювання/патологічного процесу; 4) можливість вивчати фактори ризику, які рідко зустрічаються;

5) менша залежність від систематичної помилки згадування, як у дослідженнях «випадок–контроль», оскільки хвороба відсутня на момент початку дослідження. До недоліків цього дизайну дослідження, окрім тривалості та високої вартості, можна віднести: 1) можливість втрати суб'єктів спостереження через відмову від участі в дослідженні, смерть, зміну місця проживання тощо); 2) не підходить для вивчення рідкісних захворювань; 3) можливі зміщення при оцінюванні наслідків.

Все перелічене вище стосується передусім проспективних когортних досліджень, але когортні дослідження можуть бути **проспективні, ретроспективні, різноспрямовані**; інший розподіл: **когортні дослідження ризику** та **когортні дослідження прогнозу** (прогностичні когортні дослідження).

Проспективне когортне дослідження – групи сформовані у даний час і будуть простежуватися (підлягати повторним обстеженням) в майбутньому впродовж певного часу. В результаті можна встановити істинні часові відносини між подіями. Наприклад, дослідження починають з когорти не уражених даним захворюванням осіб і розподіляють їх на дві категорії залежно від того, чи наражаються вони на вплив фактору ризику, котрий є потенційною причиною хвороби. Як правило, порівнюють рівні інцидентності (*див. стор. 96*) або смертності (*див. стор. 107*) в окремих підгрупах.

Ретроспективне когортне дослідження – когорти формують за умови наявності ретельно зібраних даних у минулі роки, а також за даними, наприклад, медичної документації простежується подальша доля цих осіб.

Різнострумоване когортне дослідження – дослідження у комбінованому форматі: формування когорт здійснюється за даними медичної документації, а спостереження відбувається у теперішній час.

Когортне дослідження ризику – у клінічних дослідженнях подією, що вивчається, є виникнення захворювання; це дослідження також називають дослідженням захворюваності (*incidence study*), оскільки основним способом оцінювання є реєстрація нових випадків захворювання за певний період часу. Мета такого дослідження – визначення ймовірності того, що в осіб, які зазнали впливу певного фактору ризику, виникне конкретне захворювання; його зазвичай проводять на здорових особах. Може бути як проспективним, так і ретроспективним.

Когортне дослідження прогнозу – здійснюється з метою прогнозу майбутнього перебігу хвороби. При цьому дослідженні розглядають багато станів, пов'язаних з конкретними наслідками захворювання (у тому числі смерть, інвалідність, зниження якості життя тощо), які, на відміну від попереднього формату дослідження, вивчаються у хворих.

Дослідження на основі самозвіту (самоповідомлень), дослідження самозвіту (самоповідомлень)

англ. Self-report study; рос. Исследование на основе самоотчета – один із варіантів збору даних у дослідженнях з використанням анкет або опитувальників, у яких респонденти самі обирають відповіді на вже запропоновані запитання щодо симптомів, поведінки, переконань, поглядів або інших змінних. Іншими словами, симптоми захворювання оцінює не лікар, а пацієнт, практики оцінюють не за результатами спостереження, а зі слів самої людини. У таких дослідженнях можуть виникати проблеми з валідністю, оскільки респонденти, наприклад, можуть перебільшувати або зменшувати симптоми, щоб перебільшити або ж мінімізувати проблему, або взагалі помилитися у відповіді на запитання; відповіді на запитання анкет залежать від суб'єктивного ставлення та уподобань респондентів. Якість дослідження суттєво залежить від формулювання запитань опитувальників. З урахуванням відомих перебільшень чи недозвітувань цей метод є достатньо інформативним та дешевим, і його використання є прийнятною практикою в світі. У багатих країнах іноді проводять паралельні інструментальні виміри, які дозволяють валідизувати зібрані дані самоповідомлень.

Дослідження обсерваційне (наглядове)

Observational study, син. Nonexperimental study; рос. Исследование обсервационное – епідеміологічне (в тому числі клінічне) дослідження без умисного втручання (наприклад, лікування), що не передбачає проведення експерименту,

в якому досліджують природний хід подій. Дизайн обсерваційного дослідження передбачає збір даних шляхом простого спостереження подій в їх природному перебігу, активно не втручаючись у них. Головна перевага такого дослідження – відносна простота проведення. Обсерваційні дослідження включають поперечні дослідження (*див. стор. 65*), дослідження «випадок-контроль» (*див. стор. 57*), когортні дослідження (*див. стор. 61*).

Дослідження описове

англ. Descriptive study; рос. Описательное исследование – перша сходинка епідеміологічного дослідження – покликане дати характеристику епідеміологічної ситуації (поширеності тієї чи іншої хвороби) серед спостережуваного населення і в певних його групах в конкретних умовах місця й часу. Дескриптивні епідеміологічні дослідження та дескриптивна епідеміологія в цілому відповідають на запитання «хто?», «де?», «коли?». На підставі відповідей на ці запитання можуть виникати гіпотези, перевірка яких відбувається у межах аналітичних досліджень.

Дослідження поздовжнє (лонгітудинальне, лонгітюдне)

англ. Longitudinal study; рос. Продольное исследование (лонгитудинальное, лонгитюдное) – тривале, динамічне або постійне спостереження за певним контингентом населення, що дозволяє встановити зв'язок між впливом факторів ризику та наслідком/ефектом/результатом. Наприклад, дослідження захворюваності або смертності у форматі поздовжнього дослідження спрямовані на вивчення частоти, з якою особи порівнюваних популяцій переходять від стану «здоровий»/«живий» до стану «хворий»/«померлий». Це дозволяє охарактеризувати інтенсивність виникнення нових випадків захворювання/смерті в популяції впродовж певного періоду часу, на відміну від поперечного дослідження (*див. стор. 65*), з результатів якого стане відомо, яка частка населення є «хворою» на конкретний момент часу.

Розрізняють **короткострокові** – до трьох років (**short term**) та **повні довгострокові (long term)** поздовжні дослідження.

Залежно від часу виникнення явищ, що вивчаються, лонгітудинальне дослідження може бути **ретроспективним** (вивчення характеристик захворювання, що виникло до початку дослідження) та **проспективним** (визначення ймовірності виникнення захворювання у майбутньому), що включає когортні та експериментальні дослідження.

Дослідження поперечне (крос-секційне), одномоментне дослідження

англ. **Cross-sectional study**, син. **Prevalence study**; рос. **Поперечное (кросс-секционное), одномоментное исследование** – найпоширеніший та відносно простий метод дослідження, в якому збір даних як щодо впливу (експозиції), так і наслідку (ефекту/результату) здійснюють одночасно. Це дослідження, яке дозволяє описати розподіл характеристик стану здоров'я групи та відповідей на будь-які запитання щодо поведінки, досвіду, ризикових чи захисних практик, знань тощо, які вивчаються, станом на певний момент часу (на момент обстеження), кількісно оцінити частку хворих та здорових у досліджуваній популяції (отримати показники поширеності різних патологічних станів або факторів ризику) без подальшого збору інформації про віддалені наслідки. Групи учасників, які дослідник порівнює, належать до однієї сукупності й розрізняються лише на аналітичному рівні після того, як усі дані зібрано. Загальноприйнятими формами одномоментних епідеміологічних досліджень можуть бути опитування населення, проведення скринінгу (**див. стор. 159**). Але у разі необхідності згодом можна більш ретельно обстежувати осіб з підозрою на відхилення від норми за даними скринінгу чи опитувань.

До переваг поперечного дослідження можна віднести короткочасність його проведення, відносно невеликі витрати, забезпечення великого обсягу даних. Недоліком є те, що в результаті таких досліджень неможливо встановити причинно-наслідковий зв'язок через вплив багатьох факторів та врахувати динаміку.

Дослідження популяційне

англ. Population-based study; рос. Популяционное исследование – термін використовується для опису дослідження, в якому бере участь «загальне населення» (на відміну, наприклад, від населення на базі лікарень або навчальних закладів, досліджень серед груп, які характеризуються підвищеним ризиком виникнення певних проблем зі здоров'ям), або групи населення, які наближено можна вважати тотожними загальному населенню. Можуть виконуватися у будь-якому дизайні (випадок–контроль, проспективні, ретроспективні, перехресні та ін.). Вибірка групи обстежуваних осіб має бути репрезентативною щодо того населення, про яке йдеться.

Дослідження пошукове (розвідувальне)

англ. Exploratory study; рос. Поисковое (разведывательное) исследование – дослідження, в якому немає гіпотези, яку перевіряють, а розглядають багато ознак для виявлення можливих зв'язків. Це дослідження допомагає отримати додаткові знання щодо проблеми, яка не була чітко визначена, обрати кращий дизайн дослідження, метод збору даних, кращу систему вимірювання для конкретної змінної тощо.

Дослідження пояснювальне

англ. Explanatory study; рос. Исследование объяснительное – дослідження, мета якого полягає не просто в описанні, а й в пошуку можливих причин, факторів ризику, які далі обговорюються, поясненні ситуації або проблеми, яка вивчається. Автори також можуть привертати увагу до можливих механізмів дії знайдених гіпотетично причинних факторів.

Дослідження проспективне

англ. Prospective study(ies); рос. Проспективное исследование – різновид епідеміологічного поздовжнього дослідження (*див. стор. 64*), в якому учасники планомірно включаються в обстеження, і за ними спостерігають, виявляючи зміни у стані їхнього здоров'я та інших ознаках в динаміці.

Дослідження рандомізоване –

див. стор. 146 **Рандомізоване контрольоване випробування**

Дослідження ретроспективне

англ. Retrospective study; рос. Ретроспективное исследование – різновид епідеміологічного поздовжнього дослідження, в якому простежується хід подій у зворотному напрямку – від розвитку хвороби (або іншого стану, пов'язаного зі здоров'ям) до можливої причини її виникнення, тобто наслідки відбулися до того, як було запроваджено дослідження. До переваг ретроспективного дослідження відносять значну економію часу на його проведення; вплив факторів можна простежувати на багато років назад, що дозволяє вивчати захворювання з тривалим латентним перебігом (наприклад, рак); один із найбільш чутливих методів вивчення рідкісних захворювань. Основний недолік – нижча, порівняно з проспективним дослідженням (*див. стор. 67*), достовірність отриманих результатів через відносно невисоку точність оцінювання факторів ризику в минулому (заснована переважно на суб'єктивних даних).

Прикладом ретроспективних досліджень є дослідження «випадок–контроль» (*див. стор. 57*) та ретроспективне когортне дослідження (*див. стор. 61*).

Дослідження серії випадків

англ. **Case series study**; рос. **Исследование серии случаев** – різновид описового (*див. стор. 64*) дослідження з елементами якісного дослідження (*див. стор. 56*) – опис декількох (10 і більше) випадків (на відміну від дослідження випадку – *див. стор. 68*), однієї патології (стану, пов'язаного зі здоров'ям), явища, індивідів, організації, події, які через свою подібність можуть бути згруповані. Це один із найпоширеніших способів опису клінічної картини захворювання. Незважаючи на те, що такі дослідження можуть мати важливі результати, вони є попередніми, а не остаточними. Такі дослідження слугують формулюванню гіпотез, а не їх перевірці. Ще один недолік – відсутність груп порівняння, а також те, що випадки вивчаються у різні моменти часу та на різних стадіях перебігу патологічного процесу.

Дослідження якісне

68

англ. **Qualitative research**; рос. **Качественное исследование** – дослідження, які мають пошуковий характер; їх здійснюють без використання статистичних процедур або кількісних методів, цифрової інформації для отримання індивідуальних або групових характеристик, без структурованості, жорстких форм збору даних. Якісні дослідження дозволяють отримати відповіді на запитання «як?», «який?», «чому?» тощо, на відміну від кількісних (*див. стор. 60*), які відповідають на запитання «скільки?». Тобто якісні дослідження використовують, якщо необхідно отримати розуміння проблеми, яка існує, інформацію щодо мотивів поведінки, ставлення людей до будь-якої події, охарактеризувати природу явища тощо. Приклад – дослідження випадків, організаційні, соціальні, етнографічні, антропологічні дослідження. Для збору даних використовують докладні описи ситуації, фокус-групи, інтерв'ю тощо.



Еквілібріум / Рівновага (у вибірці, яку спрямовують та реалізують респонденти)

англ. Equilibrium; рос. Эквистриум / Равновесие (в виборке, управляемой респондентами) – стан RDS-вибірки, який спостерігається після певної кількості хвиль і в якому характеристики вже суттєво не змінюються незалежно від того, скільки ще людей буде до неї включено. Еквілібріум інколи називають конвергенцією або стабілізацією. Кількість хвиль до досягнення еквілібріуму може бути різною в різних популяціях, а також залежно від показників, які дослідники намагаються оцінити.

69

Експеримент, експериментальне дослідження

англ. Experiment, experimental study; рос. Эксперимент, экспериментальное исследование:

- 1) дослідження, в якому навмисно змінюють один або декілька факторів у певних умовах з метою вивчення наслідків;
- 2) дослідження, в якому учасників наражають на певну експозицію з подальшим повторним обстеженням з метою виявлення ефекту впливу (втручання).

Це проспективне дослідження, в якому розподіл експозиції визначає дослідник.

Експозиція – Див. Вплив стор. 33.

Емерджентні інфекції, емерджентні збудники інфекції

англ. **Emerging infections, Emerging pathogens**; *рос.* **Эмерджентные, новые и вновь возникающие инфекции, эмерджентные возбудители инфекции** – загальна назва деяких інфекційних хвороб (збудників інфекції), які з'явилися нещодавно (непередбачені, незвичайні, надзвичайні). Вони характеризуються раптовістю появи та виникненням надзвичайних ситуацій, як правило, дуже напружених. Критерії емерджентних інфекцій:

- 1) Нові, раніше невідомі інфекції та збудники, які діагностуються уперше і через це суттєво впливають на здоров'я населення (наприклад, ВІЛ-інфекція, легіонельоз, кліщовий бореліоз, «атипова пневмонія», геморагічні гарячки Ласса, Марбурга; хвороба, спричинена вірусом Ебола, пріонні захворювання людини і тварин).
- 2) Відомі інфекційні хвороби у змінених формах епідемічного стереотипу (прояву, перебігу); збудники переходять до інших видів хазяїв, розповсюджуються у новій географічній зоні або серед нової популяції (свинячий, пташиний грип).

Виділяють також реемерджентні інфекції – старі інфекції, які раніше були подолані та/або контролювалися засобами вакцинопрофілактики, проте знову отримали неочікуване поширення (наприклад, поліомієліт).

Ендемічна місцевість (країна)

англ. **Endemic area** (country); *рос.* **Эндемическая / эндемическая местность** (страна) – територія з постійно підвищеною захворюваністю серед людей внаслідок переважно природних чинників (*див. стор. 38 Гіперендемічний*).

Ендемічна хвороба (інфекція)

англ. Endemic disease; рос. Эндемическая болезнь – цей термін застосовують до інфекційних (паразитарних) та низки інших хвороб, характерних для даної місцевості у зв'язку з наявністю природних або соціальних передумов, необхідних для укорінення захворювання шляхом підтримання епідемічного процесу (*див. стор. 79*).

Ендемічність, ендемія

англ. Endemicity, Endemic; рос. Эндемичность, эндемия – постійна прив'язаність інфекційної (паразитарної) та інших хвороб або їх груп до певних територій, зумовлена специфічними природно-географічними умовами (при інфекційних хворобах ці умови необхідні для постійної циркуляції збудника інфекції).

Епідеміологічна тріада

англ. Epidemiologic triad; рос. Эпидемиологическая триада – модель причинно-наслідкових зв'язків, прийнята в епідеміології:

- збудник хвороби;
- сприйнятливий організм;
- фактори, що сприяють взаємодії збудника з організмом.

У радянській епідеміології розглядалися три ланки епідемічного процесу, які дещо відрізняються від зазначених вище трьох компонентів:

- джерело збудника інфекції;
- механізм передачі збудника інфекції;
- сприйнятливе населення.

Обидві моделі розроблялися переважно стосовно розвитку інфекційних хвороб.

Епідеміологічне дослідження

англ. Epidemiologic(al) study; рос. Эпидемиологическое исследование – сукупність методичних прийомів, що дозволяють оцінити структуру захворюваності населення за групами і нозологічними формами хвороби, щодо окремих захворювань – за територією, серед різних груп населення і в часі (цим займається так звана описова, дескриптивна епідеміологія – *див. стор. 78*), а також розкрити конкретні елементи соціальних та природних умов, тобто причинно-наслідкові зв'язки у розвитку та прояві захворюваності. *Див. також «Дослідження» стор. 55.*

Епідеміологічний нагляд

англ. Surveillance; рос. Эпидемиологический надзор, эпиднадзор:

- 1) Систематичне безперервне збирання даних та своєчасне поширення інформації серед зацікавлених осіб з метою вжиття певних заходів (ВООЗ).
- 2) Безперервне систематичне збирання, аналіз та інтерпретація даних про здоров'я, що є важливими для планування, реалізації й оцінки діяльності в інтересах громадського здоров'я, тісно пов'язані із своєчасним поширенням цих даних серед усіх зацікавлених осіб з метою профілактики і контролю (CDC).

Епідеміологічний нагляд агрегований (заснований на збиранні сумарних даних щодо конкретного захворювання)

англ. Aggregate surveillance; рос. Эпиднадзор, основанный на сборе агрегированных данных о конкретном заболевании – спостереження за захворюваністю або іншими пов'язаним зі здоров'ям показниками шляхом порівняння за певний період часу інформації на рівні великих груп населення, наприклад мешканців міста, області, країни, на відміну від епіднагляду, який враховує індивідуальні дані.

Епідеміологічний нагляд активний

англ. Active surveillance; рос. Активный эпидемиологический надзор – елемент системи епіднагляду, при якому співробітники центральних (національних) органів охорони здоров'я звертаються до первинної ланки охорони здоров'я із запитами та опитувальниками на відміну від повідомлень про випадки захворювань, щодо яких передбачено, що первинна ланка охорони здоров'я має повідомляти відповідні органи регіональних (субнаціональних) рівнів.

З іншого боку, термін «Active Surveillance» останнім часом часто застосовують у сенсі «активне спостереження» як елемент протоколу лікування, серед іншого, окремих видів раку, коли обстеження проводяться на регулярній основі, а не з огляду на клінічний перебіг хвороби.

Епідеміологічний нагляд за випадками захворювання

англ. Case-based surveillance; рос. Эпидемиологический надзор по случаям заболеваний – елемент епідеміологічного нагляду, що здійснюється невідкладно по кожному випадку захворювання і передбачає ретельне розслідування випадку та збирання всіх епідеміологічних, клінічних, анамнестичних, лабораторних та інших даних. Така діяльність стає більш активною на етапі наближення до елімінації певного захворювання, коли його випадки стають поодинокими.

Епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією

англ. HIV Surveillance; рос. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией – збирання достатньої й повної інформації щодо поширення ВІЛ-інфекції, для планування, здійснення та моніторингу програм і заходів з попередження ВІЛ-інфекції/СНІДу (ВООЗ, 1989). У цьому понятті важливо те, що моніторинг (*див. стор. 116*) захворюваності й факторів ризику серед загального населення та в уразливих групах застосовують для обмеження поширення захворювання.

Див. також «Біоповедінковий нагляд» стор. 17.

Епідеміологічний нагляд першого покоління (за ВІА-інфекцією)

англ. First generation HIV surveillance; рос. Эпиднадзор первого поколения (за ВИЧ-инфекцией) – був спрямований на населення в цілому і незначно враховував розвиток епідемічного процесу у важкодосяжних групах; включав реєстрацію випадків СНІДу, смертності від СНІДу, випадків ВІА-інфекції (в окремих країнах); дозорні епідеміологічні дослідження (в обмеженому обсязі); не враховував дані про інші хвороби, що є ко-факторами інфікування ВІА (ІПСШ) або СНІД-асоційованими захворюваннями (туберкульоз), мають аналогічні механізми і шляхи передачі збудника інфекції (парентеральні вірусні гепатити); соціальні фактори ризику не зіставлялися з проявами епідемічного процесу ВІА-інфекції.

Епідеміологічний нагляд другого покоління (за ВІА-інфекцією)

74

англ. Second generation HIV surveillance; рос. Эпиднадзор второго поколения (за ВИЧ-инфекцией) – «посилений нагляд», орієнтований на найбільш уразливі групи населення. Включає в себе спостереження за поведінкою представників груп підвищеного ризику (*див. стор. 42*) щодо інфікування ВІА та моніторинг тенденцій змін у поведінці, пов'язаній з ризиком; моніторинг інфекцій, що передаються статевим шляхом (*див. стор. 94*). Введено класифікацію стадій епідемії ВІА-інфекції (*див. стор. 79*), запропоновано адаптацію систем епіднагляду відповідно до цих стадій; покращено контроль за проявами епідемічного процесу шляхом розширення числа індикаторів; збільшено обсяг аналізованої інформації (соціально-демографічної, епідеміологічної, стосовно супутніх інфекцій тощо).

Епідеміологічний нагляд третього покоління (за ВІА-інфекцією)

англ. Third generation HIV surveillance; рос. Эпиднадзор третьего поколения (за ВИЧ-инфекцией) – заснований на універсальній реєстрації випадків ВІА-інфекції, СНІДу, ІПСШ, туберкульозу; включає дозорні й поведінкові кількісні та

якісні дослідження в уразливих групах населення; нагляд за резистентністю до АРТ, лікуванням та наслідками захворювання; нагляд за якістю підтримки й лікування людей, які живуть з ВІЛ; епідеміологічні дані про осіб, які страждають на наркотичну залежність; дані про захворюваність і поширеність парентеральних вірусних гепатитів В і С (у межах рутинного епіднагляду або спеціальних вибіркового обстежень) тощо. Крім того, передбачено відстеження ефективності профілактичних втручань.

Основні показники епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією:

- біологічні показники, що дозволяють стежити за епідемічною ситуацією (поширеність ВІЛ-інфекції, ІПСШ, парентеральних вірусних гепатитів; дані сероепідеміологічного моніторингу в певних групах населення);
- поведінкові показники (особливості поведінки осіб з ризиком зараження ВІЛ, наприклад, споживання ін'єкційних наркотиків; інформованість населення з питань профілактики ВІЛ-інфекції).

Крім перелічених біологічних та поведінкових показників, індикатори зазвичай розподіляють на п'ять груп: *input* (внесок), *process* (процес), *output* (результат), *outcome* (наслідок), *impact* (вплив), серед яких кожна наступна є наслідком попередньої, а кожна попередня має бути спланована так, щоб покращувати наступний показник.

Відповідно, в першому поколінні відстежуємо лише *impact* – біологічні показники, тобто захворюваність та смертність.

В другому додаємо *outcome*, тобто поведінкові фактори і опосередковано знання. В третьому поколінні додаємо все, що стосується політик, програм тощо та ефективності їх впровадження.

Епідеміологічний нагляд на основі лабораторних даних /Лабораторний епіднагляд

англ. Laboratory surveillance; рос. Эпиднадзор на основе лабораторных данных, лабораторный эпиднадзор – елемент епідеміологічного нагляду інфекційних захворювань з наголосом на змінах характеристик конкретного збудника інфекції. Стосовно нагляду за різними типами захворювань (не лише інфекційних) лабораторії можуть робити внесок на рівні молекулярної діагностики («молекулярна епідеміологія»).

Епідеміологічний нагляд на рівні громади

англ. Community-based surveillance; рос. Эпиднадзор на уровне общины, эпиднадзор коммунальный – епідеміологічний нагляд, в якому відправною точкою для передачі відомостей щодо виявлення випадків захворювань є рівень громади (спільноти), представники якої пройшли відповідний базовий інструктаж, а дані повідомляються співробітникам на місцях. Такий нагляд може бути активним (активне виявлення випадків) і пасивним (отримання інформації). Найбільш корисний у період спалахів, а також коли можна використовувати стандартне визначення випадку, засноване на синдромах.

Епідеміологічний нагляд пасивний

англ. Passive surveillance; рос. Пассивный эпидемиологический надзор – епіднагляд, при якому очікується надходження повідомлень про випадки захворювань, щодо яких передбачено, що первинна ланка охорони здоров'я має повідомляти відповідні органи. Це протилежне активному епіднагляду (*див. стор. 73*), в межах якого на місця надсилаються спеціальні запити щодо збору інформації.

Епідеміологічний нагляд посилений

англ. Enhanced Surveillance; рос. Усиленный эпиднадзор – збір додаткових даних про випадки захворювання, про які отримано повідомлення в рамках рутинного епіднагляду (*див. стор. 76*).

Щодо ВІЛ-інфекції він може включати заходи, передбачені епіднаглядом другого покоління, в тому числі пов'язані з ін'єкційною та гомосексуальною ризиковою поведінкою, а також з типом вірусу та його резистентністю до ліків.

Епідеміологічний нагляд рутинний (плановий)

англ. Routine surveillance (Case Reporting); рос. Рутинный эпидемиологический надзор – відправна точка епідеміологічного нагляду: регулярне, систематичне збирання конкретних даних для моніторингу стану із захворюваністю або

іншими станами, пов'язаними зі здоров'ям. Зазвичай він складається з реєстрації випадків захворювань та повідомлення про них відповідних органів у заздалегідь обумовленому режимі.

Епідеміологічний перехід

*англ. **Epidemiological transition**; рос. **Эпидемиологический переход*** – перехід популяції від переважної смертності від інфекцій до смертності від хронічних хвороб, що зумовлений такими факторами, як рівень життя населення, ефективність служб охорони здоров'я, санітарна культура суспільства, екологічне середовище. Відповідно до концепції американського демографа та епідеміолога А.Р. Омрана, епідеміологічний перехід відбувається тоді, коли на зміну переважанню екзогенних («зовнішніх») причин смертності приходять першість ендогенних («внутрішніх») та псевдоендогенних (квазі-ендогенних). Стадії епідеміологічного переходу:

- Захворювання і голод – високий рівень смертності, в тому числі від інфекційних хвороб та голоду, унеможливорює зростання населення. Очікувана тривалість життя низька або нестабільна, коливається між 20 та 40 роками.
- Зниження пандемій інфекційних хвороб – зниження смертності від інфекційних захворювань (туберкульозу, шлунково-кишкових захворювань, дитячих інфекцій) через те, що епідемії стають рідшими. Очікувана тривалість життя зростає від 30 до 50 років. Населення починає збільшуватися, і це зростання стає експоненціальним.
- Дегенеративні й техногенні захворювання – смертність надалі зменшується і поступово досягає стабільності на відносно низькому рівні, збільшується очікувана тривалість життя, яка виходить за межі 50 років. Народжуваність стає головним фактором, який впливає на кількість населення.
- Відкладені (відтерміновані) дегенеративні захворювання – триває зниження рівня смертності (завдяки профілактиці та прогресу в лікуванні), скорочується смертність людей похилого віку. Цю стадію додано до стадій епідеміологічного переходу останнім часом як результат спостережень за змінами захворюваності та смертності в найбільш розвинених країнах.

Незважаючи на те, що епідеміологічний перехід відбувається в усіх країнах, хоча й у різний час, деякі країни, що розвиваються, характеризуються поєднанням значного тягаря хронічних неінфекційних та інфекційних хвороб.

Епідеміологія експериментальна

англ. Experimental epidemiology; рос. Эпидемиология экспериментальная – цей термін на даний час здебільшого використовують для позначення частини епідеміології, яка опікується експериментальними дизайнами досліджень (у тому числі рандомізованих контрольованих досліджень) задля експериментальної перевірки раніше висловлених гіпотез щодо причинно-наслідкових зв'язків.

Раніше в епідеміології інфекційних захворювань цей термін міг бути застосований у сенсі лабораторних експериментальних досліджень інфекційних хвороб на лабораторних тваринах.

78

Епідеміологія описова (дескриптивна)

англ. Descriptive Epidemiology; рос. Описательная эпидемиология – розділ епідеміологічних досліджень з вивченням поширеності тієї чи іншої хвороби або хвороб серед населення. Ця частина епідеміології більшою мірою стосується діяльності епідеміологів-практиків під час епідемічних спалахів і відповідає на три запитання («хто?», «де?», «коли?»). Важливою складовою дескриптивної епідеміології є так звана польова епідеміологія.

Епідемічна крива

англ. Epidemic curve; рос. Эпидемическая кривая – графічне відображення розподілення випадків захворювання за часом їх виникнення.

Епідемічна хвороба

англ. Epidemic disease; рос. Эпидемическая болезнь – хвороба, що характеризується високими (епідемічними) підйомами захворюваності, тобто охоплює значні групи населення.

Епідемічний спалах (групове захворювання), спалах

англ. **Outbreak**; рос. **Эпидемическая вспышка** (групповое заболевание), **вспышка** – групові або декілька захворювань серед людей, пов'язані між собою загальним джерелом збудника інфекції (*див. стор. 46*), шляхом (*див. стор. 185*) або факторами його передачі (*див. стор. 175*), спільним місцем та часом виникнення у межах інкубаційного періоду (*див. стор. 92*). Спалахи зазвичай обмежуються колом родини, організованого колективу або населеного пункту.

Окремо виділяють **Епідемічний спалах, викликаний збудником від одного джерела** (англ. **Common source outbreak**; рос. **Эпидемическая вспышка, вызванная возбудителем от одного источника**).

Епідемія

англ. **Epidemic**; рос. **Эпидемия** – інтенсивне й значне поширення інфекційної хвороби, котра охоплює населення регіону, країни або декількох країн. Для епідемії притаманний високий рівень захворюваності, що перевищує спорадичний рівень (*див. стор. 163*), характерний для даної території.

Епідемія ВІЛ-інфекції (стадії, фази) Епідемія ВІЛ низького рівня

англ. **Low-level HIV epidemic**; рос. **Эпидемия ВИЧ низкого уровня** – стадія епідемії, при якій поширеність ВІЛ-інфекції стійко не перевищує 1% серед населення країни в цілому або 5% в будь-якій групі населення. Часто зустрічається термін «*початкова стадія епідемії*».

Концентрована епідемія ВІЛ, син. Концентрована стадія епідемії ВІЛ

англ. **Concentrated HIV epidemic**; рос. **Концентрированная эпидемия ВИЧ** – стадія епідемії ВІЛ-інфекції, коли ВІЛ-інфекція швидко поширюється в одній або декількох певних групах насе-

лення, але ще не отримала значного поширення серед населення в цілому. Кількісний еквівалент: поширеність ВІЛ-інфекції стійко перевищує 5%, як мінімум, в одній певній групі населення, однак нижче 1% серед вагітних жінок в міських районах.

Генералізована епідемія ВІЛ, син. Генералізована стадія епідемії ВІЛ

англ. Generalized HIV epidemic; рос. Генерализованная эпидемия ВИЧ – ВІЛ-інфекція набула значного поширення серед населення в цілому. Кількісний еквівалент: поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних стійко перевищує 1%. Переважно генералізовані епідемії ВІЛ-інфекції носять змішаний характер, за якого непропорційно більше зачіпаються деякі (ключові) групи населення.

Змішана епідемія ВІЛ

англ. Mixed HIV epidemic; рос. Смешанная эпидемия ВИЧ – люди, інфіковані ВІЛ, є в одній або декількох групах населення, а також серед населення в цілому. Тобто змішані епідемії є однією або кількома концентрованими епідеміями в рамках генералізованої епідемії.

Ерадикація, Ліквідація, Викорінення (хвороби)

англ. Eradication (of disease); рос. Эрадикация, Ликвидация, Искоренение (болезни) – припинення існування збудника хвороби на всій Земній кулі (на відміну від елімінації – *див. стор. 73* – яка стосується припинення існування випадків захворювань на певній території) внаслідок проведення активних заходів, спрямованих на джерела збудника інфекції (*див. стор. 46*), розрив механізму його передачі (*див. стор. 113*) або створення несприйнятливості серед населення.

Етіологія

англ. Etiology, син. Aetiology; рос. Этиология в цілому – наука про причини, причинності. В епідеміології під етіологією мають на увазі конкретний специфічний чинник, що призвів до розвитку хвороби або іншого стану, пов'язаного зі здоров'ям.

Ефект модифікації (статистичної взаємодії)

англ. **Modification effect, Effect measure modification;**
рос. **Модификация эффекта, модификация меры эффекта** – тип взаємодії змінних, що вимірюють рівень факторів, за якого сила зв'язку між двома змінними (наприклад, сила кореляції або інші виміри зв'язку, такі як відносний ризик або співвідношення шансів) залежить від рівня третьої змінної, яку називають модифікатором ефекту (*effect modifier*). Третьою змінною може бути вік, стать, географічне місцезнаходження тощо. Наприклад, конкретне захворювання може бути пов'язане з впливом певного фактора в чоловіків, але не в жінок, які зазнали тієї ж експозиції.

Ефект несприятливий, шкода

англ. **Harm;** *рос.* **Неблагоприятный эффект** – несприятливий вплив (втручання), який пацієнт і лікар розглядають як небажаний або шкідливий.

Ефект побічний

англ. **Side effect;** *рос.* **Побочный эффект** – ефект медичного або іншого втручання, що виникає без наміру лікаря, непередбачувано або як продовження відомого ефекту втручання.

Ефективність

англ. **Effectiveness;** *рос.* **Эффективность** – міра того, наскільки втручання (процедура, метод лікування або послуга) при застосуванні в звичайних умовах досягають своєї мети. Це поняття відрізняють від дієвості (*див. стор. 49*), яку вимірюють в більш рафінованих умовах, та витратоефективності (*Efficiency*), що стосується економічної ефективності втручання (*див. Аналіз витрат і ефективності стор. 6*).

Забезпечення якості

англ. Quality assurance; рос. Обеспечение качества – комплекс заходів, перевірок, аудиту та коригуючих дій, спрямованих на забезпечення високої якості всіх досліджень, випробувань, моніторингу, формування вибірки, аналізу та інших технічних і звітних дій.

Заразний (контагіозний) період

англ. Contagious period, син. Communicable period; рос. Заразный (контагиозный) период – період часу, протягом якого хвора людина (або тварина) може прямо чи опосередковано передавати збудник інфекції до іншої людини (тварини).

Заснований на доказах, доказовий

англ. Evidence-based; рос. Основанный на доказательствах – цей вираз застосовують як характеристику практичної діяльності, в якій обирають заходи, що довели свою результативність або більшу ефективність у проведених наукових дослідженнях. Серед іншого, термін зустрічається в наступних (а також багатьох інших) словосполученнях:

Evidence-based medicine – доказова медицина, або медицина, заснована на доказах (*див. стор. 54*);

Evidence-based public health – доказова охорона здоров'я (*див. стор. 54*).

Evidence-based practice – доказова практика, яка може стосуватися будь-якого роду діяльності. В цілому варто враховувати, що спирання на доказові практики – це характеристика сучасного стану суспільства у так званій західній цивілізації, який (стан) ще називають «постіндустріальне суспільство»,

«інноваційне суспільство» тощо. Всі ці терміни також стосуються стану речей, коли найбільшою цінністю стають інтелектуальні здібності, здатність шукати та знаходити найкращі рішення, найефективніші шляхи тощо.

Захворювання, пов'язані з ВІЛ

англ. HIV-related diseases; рос. Заболевания, связанные с ВИЧ – симптомокомплекс, характерний для різних стадій ВІЛ-інфекції – від початкової до розвиненого СНІДу (*див. Синдром набутого імунodefіциту стор. 158*).

Заходи у відповідь на СНІД

англ. AIDS response; рос. Меры в ответ на СПИД – цей термін застосовується при визначенні поняття «відповідні міри у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, СНІДом», «заходи у відповідь на епідемію». Йдеться про комплекс заходів на національному або наднаціональному рівнях. Він включає перелічені в інших статтях епіднагляд; оцінку фази епідемії та характеру груп населення, серед яких поширюється інфекція; оцінку розміру груп, що характеризуються більш ризиковою поведінкою; параметри специфічних заходів, спрямованих на такі групи, та оцінку їхньої ефективності; заходи, спрямовані на уникнення нерівності, стигми, дискримінації, та деякі інші залежно від специфіки країни.

Звіт за результатами епіднагляду

англ. Surveillance report; рос. Отчет по эпиднадзору – регулярне видання, що містить конкретну інформацію щодо захворювання, яке підлягає епіднагляду, та різних показників, у тому числі таких, що стосуються факторів ризику, особливостей поведінки осіб груп ризику, профілактичних заходів; в ньому наводяться оновлені стандартні таблиці й діаграми, а також інформація по спалахах тощо. Крім того, звіт з епіднагляду включає інформацію щодо якості діяльності учасників, оцінену за допомогою узгоджених показників.

Зв'язок, асоціація

англ. **Association, relation**; рос. **Связь, ассоциация** – статистичний зв'язок між двома або більше подіями, характеристиками, іншими змінними. Такий зв'язок може відображати причинність, а може бути наслідком того, що обидві змінні знаходяться під впливом третьої змінної або вимірюють споріднені характеристики. Після виявлення статистичного зв'язку важливим є наступний крок, який полягає в тому, що дослідник розглядає аргументи «за» та «проти» причинно-наслідкового характеру зв'язку, варіанти альтернативних пояснень знайдених зв'язків, а також контролює додаткові змінні, які можуть визначати цей зв'язок.

Зміна поведінки

(у контексті ризику інфікування ВІЛ)

англ. **Behavior change**; рос. **Изменение поведения** – зміна поведінки може відбуватися у будь-якому напрямку, в тому числі у більш або менш здоровому. На зміну поведінки у більш здоровому напрямку спрямовані всі (або майже всі) інтервенції, які можна віднести до галузі охорони громадського здоров'я. Їх зазвичай розробляють з урахуванням однієї або декількох теорій (*behavioral change theories, models of behavior change*). Прийняття і підтримка людьми здорового способу життя, як правило, є метою багатьох таких інтервенцій. У контексті ризику інфікування ВІЛ більшість профілактичних програм спрямовані на зміну поведінки у напрямі меншого ризику інфікування з акцентом на ін'єкційні та сексуальні ризики.

Змінна

англ. **Variable**; рос. **Переменная** – будь-яка вимірювана ознака, що відображає явище або подію, котра може набувати різних значень та бути вираженою числовим значенням або якісною категорією.

Змінна залежна

англ. Dependent variable; рос. Переменная зависимая – характеристика, значення якої залежить від впливу іншої змінної або змінних (незалежних у досліджуваних зв'язках) і може моделюватися як функція від цих незалежних змінних.

Змінна незалежна

англ. Independent variable; рос. Переменная независимая – характеристика, що спостерігається або вимірюється, яка ймовірно впливає на залежну змінну і може бути аргументом у рівнянні, яким її моделюють.

Зниження (зменшення) шкоди

англ. Harm reduction; рос. Снижение вреда – політика, програми та підходи, спрямовані на зменшення наслідків низки нездорових видів поведінки, які важко або неможливо зупинити. Зокрема, це стосується поведінки, пов'язаної зі вживанням психоактивних речовин (наркотиків). Наслідки можуть стосуватися життя окремої людини і популяції в цілому, зазвичай вони є шкідливими і належать до медичних, соціальних або економічних. Цей підхід було запропоновано саме як результат усвідомленої неможливості ефективно впливати на зупинення шкідливої та/або ризикованої поведінки її носіїв. Підхід «зменшення шкоди» вперше з'явився саме з приводу запровадження контролю ВІЛ-інфекції у споживачів ін'єкційних наркотиків, але пізніше про нього стали згадувати і в зв'язку зі вживанням різних психоактивних речовин, у тому числі алкоголю та тютюну.

Комплексні заходи «Зменшення шкоди» у рамках профілактики поширення ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків (див. стор. 162) передбачають цілу систему допомоги і в той же час контролю шляхом утримання таких осіб в полі зору медичних та соціальних служб. Основні елементи: (1) опіоїдна замісна терапія; (2) тестування на маркери ВІЛ та консультування; (3) антиретровірусна терапія (див. стор. 10); (4) запобігання передачі ВІЛ статевим шляхом; (5) інформаційно-роз'яснювальна робота на місцях (інформування і просвітництво не тільки споживачів ін'єкційних наркотиків, а й їх сексуальних партнерів); (6) діагностика вірусних гепатитів, лікування і вакцинація за необхідності; (7) профілактика, діагностика та лікування туберкульозу й низка інших.

Імунітет активний

англ. Active immunity; рос. Активный иммунитет – специфічна імунологічна реактивність, зумовлена наявністю антитіл (*див. стор. 11*) та/або Т-лімфоцитів, що утворюються внаслідок контакту з антигеном; імунітет, набутий таким чином, зберігається надовго (місяці, роки).

Імунітет гуморальний

англ. Antibody response; рос. Гуморальный иммунный ответ – індуковане антигеном утворення антитіл. Циркуляція антитіл у крові, що гальмує відтворення збудника. Визначається вмістом антитіл у крові. Є основним захисним механізмом проти мікроорганізмів та їх токсинів у позаклітинному просторі. Основою гуморальної імунної відповіді є активація В-лімфоцитів та їх диференціація в антитілоутворюючі клітини (плазматичні клітини – плазмоцити) – продуценти антитіл (*див. стор. 11*) – імуноглобулінів (*Ig*). Імуноглобуліни розподіляються на п'ять класів (ізотипів): *IgG*, *IgM*, *IgA*, *IgE*, *IgD*, і в нормальній сироватці крові 80% припадає на *IgG* – головні захисні імуноглобуліни, 6% – на *IgM*, 13% – на *IgA*, соті або тисячні частки відсотка – на *IgE* та *IgD*. Імуноглобуліни різних ізотипів розрізняються за локалізацією та захисними властивостями.

IgG – міститься у кров'яному руслі і тканинах, виконує функції нейтралізації токсинів (бактерій) та вірусів, активації системи комплементу й посилення фагоцитозу; єдиний імуноглобулін, що проходить через плаценту, чим забезпечує захист від інфекційних хвороб у перші тижні життя дитини.

IgM – локалізується у кров'яному руслі, на мембранах В-лімфоцитів, активізує систему комплементу, бере участь у бактеріальному лізисі, опсонізації антигенів (посиленні фагоцитозу), володіє незначною антивірусною активністю.

IgA – зустрічається у сироватці крові, секреторних рідинах, на поверхні слизових оболонок; синтезується плазматичними клітинами скупчення лімфоїдної тканини під слизовими оболонками, а також у селезінці та лімфатичних вузлах; бере участь у забезпеченні місцевого захисту від вірусних інфекцій, може активувати комплемент. **IgA секреторний** – молекула, що складається з двох мономерів *IgA*, знаходиться у секретах слизових оболонок (переважно в секреті кишок, бронхів, слизової оболонки носу, в слині, молозиві), перешкоджає адгезії бактерій і вірусів на слизових оболонках, їх зв'язуванню та відіграє суттєву роль у місцевому захисті, особливо при вірусній інфекції.

IgD – у нормальній сироватці зустрічається в дуже незначній кількості, більшою мірою присутній як білковий рецептор на мембранах В-лімфоцитів.

IgE – імуноглобулін міститься у сироватці крові також у дуже низькій концентрації, але його рівень підвищується при алергічних реакціях (*див. стор. 5*), захворюваннях; він виконує важливу функцію у захисті від кишкових паразитів, включаючи гельмінтів та найпростіших.

Імунітет клітинний

англ. Cellular immunity, син. Cell-bound or cell-mediated immunity (CMI); рос. Клеточный иммунитет – імунітет, що забезпечується цитотоксичними Т-лімфоцитами, цитокінами та фагоцитами. Клітинні імунні реакції забезпечують специфічну резистентність до внутрішньоклітинних мікроорганізмів; відіграють важливу роль у відторгненні трансплантатів, розвитку алергічних реакцій (*див. стор. 5*), руйнуванні непластично перероджених клітин, патогенезі аутоімунних захворювань.

Імунітет набутий

англ. Acquired immunity, син. Adaptive immunity; рос. Приобретенный иммунитет – імунітет, виникнення якого пов'язано із впливом природного/штучного антигену (активно набутий імунітет) або з пасивним перенесенням антитіл, наприклад після введення в організм імунних (сироваткових) препаратів (пасивно набутий імунітет).

Терміном «*Adaptive immunity*» – адаптивний імунітет позначають вужче явище набутого активного імунітету, який пов'язаний з переробкою та впізнанням антигену та всіма розвинутими реакціями на нього.

Імунітет пасивний

англ. Passive immunity, син. Natural passive immunity, Immediate passive immunity; рос. Пассивный иммунитет – специфічна імунологічна реактивність, набута в результаті штучного введення препаратів, що містять специфічні антитіла (лікувальні сироватки), або шляхом природного перенесення материнських імуноглобулінів плоду через плаценту. Отриманий таким чином імунітет плода і новонародженого називають запозиченим.

Імуноген

англ. Immunogen; рос. Иммуноген – речовина (природна або синтетична сполука), яка здатна при введенні в організм викликати розвиток гуморальної або клітинної імунної реакції (на відміну від імунологічної толерантності). Не всі антигени (*див. стор. 9*) (ширше поняття) є імуногенами. Для викликання імунної відповіді важливо, щоб антиген мав у своєму складі і детермінанти, які визначають імунну відповідь, і макромолекулярний носій. Без цього носія самі детермінанти (так звані гаптени) не можуть викликати відповідь. Важливе значення має спосіб потрапляння імуногену до організму: більшість речовин діють як імуногени при їх парентеральному введенні (підшкірно, внутрішньом'язово, внутрішньовенно). Поняття «імуногену» широко використовується у зв'язку з дослідженнями генної інженерії, і перспективні генно-інженерні імуногени прийнято позначати як кандидати у вакцини.

Імуногенність

англ. Immunogenicity; рос. Иммуногенность – сукупність властивостей, що визначають здатність речовини (імуногену – *див. стор. 88*) індукувати в імунокомпетентних організмах або клітинах гуморальний та/або клітинний імунітет.

Імунодепресанти

англ. Immunosuppressants, immunosuppressive drugs; рос. Иммунодепрессанты – речовини, що призводять до неспецифічного пригнічення або послаблення імунної відповіді. Потреба в призначенні таких препаратів виникає, наприклад, після трансплантації органів, щоб пригнітити імунну реакцію відторгнення трансплантату.

Імунодефіцит

англ. Immunodeficiency; рос. Иммунодефицит – нездатність імунної системи до вироблення достатньої реакції на антиген – порушення імунологічної реактивності, пов'язане з випадінням одного або декількох елементів імунного апарату або неспецифічних факторів захисту організму, що тісно з ними взаємодіють (наприклад, система комплементу, фагоцитарних макрофагів). Розрізняють такі види імунодефіциту: спонтанний, вроджений (первинний) і набутий (вторинний), що розвивається внаслідок іншого захворювання (приклад – СНІД). Імунодефіцит може бути наслідком дефекту системи В-клітин або системи Т-клітин, а також обох систем імунітету (комбінований імунодефіцит).

Імунокомпетентний

англ. Immunocompetent; рос. Иммунокомпетентный – термін, що стосується спроможності реалізувати імунну відповідь.

Імунологічна компетентність (імунокомпетентність)

англ. Immunocompetence; рос. Иммунологическая компетентность (иммунокомпетентность) – спроможність організму (або клітини) відповідати на контакт з антигеном специфічною імунною реакцією, тобто спроможність до імунної відповіді.

Імунологічна толерантність

англ. Immune tolerance, immunological tolerance; рос. Иммунологическая толерантность – стан відсутності специфічної імунологічної реактивності (ареактивності) по відношенню до певного антигену (або перехресно-реагуючого антигену), викликаний попереднім контактом з цим антигеном; при цьому здатність до імунної відповіді на інші антигени зберігається.

Імунологічний тест

англ. Immunologic test; рос. Иммунологический тест – лабораторний метод дослідження імунітету, імунологічних реакцій.

Імунологічні реакції

англ. Immune reactions; рос. Иммунологические реакции – процеси, що відбуваються при взаємодії антигену (*див. стор. 9*) з антитілом (*див. стор. 11*) або попередньо активованим лімфоцитом.

Імуносупресія / Імунодепресія / Пригнічення імунітету

англ. Immunosuppression; рос. Иммуносупрессия, иммунодепрессия подавление (угнетение) иммунитета – пригнічення імунної реактивності організму, спричинене деякими хворобами і препаратами. У лікувальних цілях імуносупресію можна викликати за допомогою неспецифічних експозицій: променева терапія, видалення лімфатичних органів хірургічним шляхом, застосування імунодепресантів (*див. стор. 89*).

Імуноферментний аналіз (ІФА)

англ. Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), син. Enzytoimmunoassay; рос. Иммуноферментный анализ (ИФА) – лабораторний метод виявлення специфічних

маркерів (антитіл, антигенів у сироватці/ плазмі крові), що базується на визначенні комплексу антиген-антитіло шляхом введення в один із компонентів реакції ферментативної мітки (позначки) з наступною її детекцією за допомогою відповідного субстрату, що змінює своє забарвлення. Основою проведення будь-якого варіанту ІФА є визначення продуктів ферментативних реакцій при дослідженні тестованих зразків у порівнянні з негативним і позитивним контролем.

Твердофазний ІФА є першим кроком у специфічній діагностиці ВІЛ-інфекції. У зразках сироваток крові визначають антитіла до ВІЛ (до білків 160/120, gp41, p17, p24) і антиген (p24) ВІЛ.

Інапарантна, безсимптомна інфекція (форма інфекції)

англ. Inapparent infection, син. Asymptomatic infection; рос. Инаппарантная, бессимптомная инфекция – форма перебігу інфекції без виражених клінічних ознак, попри те, що в організмі людини спостерігаються типові імунологічні, функціональні та морфологічні зміни малої інтенсивності, що не призводять до яскравої маніфестації і зовні людина виглядає здоровою.

Інвазивність

англ. Invasiveness; рос. Инвазивность – здатність мікроорганізмів перетинати клітинні, тканинні, гуморальні захисні бар'єри.

Інвалідність

англ. Disability; рос. Инвалидность – тимчасове або тривале зниження функціональних можливостей особи, обмеження життєдіяльності.

Індекс DALY

(Роки життя, скоректовані на інвалідність)

англ. Disability-adjusted life years (DALY); рос. Индекс DALYs, годы жизни, скорректированные на инвалидность – показник тягаря хвороби (*див. стор. 40*) – загальна кількість років, втрачених внаслідок передчасної смерті, та кількість років, прожитих з інвалідністю, – показник втрачених років здорового життя.

Інкубаційний період

англ. Incubation period; рос. Инкубационный период – період часу між проникненням збудника інфекції в організм хазяїна та появою перших ознак або симптомів захворювання.

Інтеграція програм

англ. Programme integration; рос. Интеграция программ – поєднання різних послуг або оперативних програм з метою досягнення максимальних результатів (наприклад, за рахунок організації направлення пацієнта/клієнта з однієї служби до іншої або обслуговування у комплексних центрах), створення міждисциплінарних команд.

Щодо ВІЛ-інфекції комплексні програми можуть включати питання сексуального і репродуктивного здоров'я, первинної медичної допомоги, здоров'я матері й дитини, інтеграцію тестування на маркери інфікування ВІЛ та консультування з діагностикою, профілактикою і лікуванням туберкульозу тощо.

Інфективність (інфекційність)

англ. Infectivity; рос. Инфективность, инфекционность – здатність збудника інфекції передаватися, виживати та розмножуватися в організмі хазяїна. Залежить від вірулентності і стосується лише горизонтальної передачі (не від матері до дитини).

Інфекційна хвороба

англ. **Communicable disease**, син. **Infectious disease**, **Contagious disease**; рос. **Инфекционная болезнь**:

- 1) захворювання, викликане специфічним збудником інфекції або його токсином; розвивається після передачі збудника інфекції від зараженої людини (тварини) безпосередньо або опосередковано через переносника або фактори зовнішнього середовища;
- 2) порушення нормальної життєдіяльності людини, що проявляється клінічно, внаслідок морфологічних і функціональних ушкоджень, що викликані проникненням та розмноженням в її організмі збудника інфекційної хвороби;
- 3) розлади здоров'я людей, викликані живими збудниками (вірусами, бактеріями, рикетсіями, найпростішими, грибами, гельмінтами, кліщами, іншими патогенними мікроорганізмами), продуктами їхньої життєдіяльності (токсинами), патогенними білками (пріонами), передаються від заражених осіб здоровим і схильні до масового поширення.

Небезпечні інфекційні хвороби (рос. **Опасные инфекционные болезни**) – інфекційні хвороби, що характеризуються важкими та/або стійкими розладами здоров'я в окремих хворих і становлять небезпеку для їхнього життя та здоров'я.

Особливо небезпечні інфекційні хвороби (англ. **Diseases subject to the regulations, quarantinable diseases**, рос. **Особо опасные инфекционные болезни**) – інфекційні хвороби (у тому числі карантинні: чума, холера, жовта гарячка), що характеризуються важкими та (або) стійкими розладами здоров'я у значної кількості хворих, високим рівнем смертності, швидким поширенням серед населення.

У даний час терміни «небезпечні» та «особливо небезпечні» хвороби застосовують лише у ряді країн пострадянського простору. Також немає повної тотожності між англomовними та українськомовними термінами щодо цих інфекційних захворювань.

Інфекційний контроль (контроль внутрішньо-лікарняних/ нозокоміальних інфекцій)

англ. Infection control; рос. Борьба с (внутрибольничными) инфекциями – система заходів, заснована на даних епідеміологічної діагностики, спрямованих на попередження виникнення та поширення інфекційних захворювань в лікувально-профілактичних установах.

Інфекційний період, *син.* Заразний період

англ. Communicable period; рос. Инфекционный, заразный период – час, протягом якого збудник інфекції може бути переданий прямо або опосередковано від зараженої до іншої людини, від зараженої тварини до людини або від зараженої людини до тварини (у тому числі членистоногих). Цей період триває від моменту інфікування до одужання і кліренсу збудника інфекції або припинення носійства (якщо воно формується).

Інфекція, що передається статевим шляхом (ІПСШ)

англ. Sexually transmitted infection (STI); рос. Инфекция, передающаяся половым путем (ИППП) – інфекції, що передаються статевим шляхом, поширюються в результаті передачі мікроорганізмів від людини людині під час статевого контакту. Спектр ІПСШ в даний час включає: ВІЛ-інфекцію; сифіліс; гонорею; хламідіоз; інфекцію, викликану вірусом папіломи людини (ВПЛ); м'який шанкр; мікоплазмоз статевих органів; гепатит В; трихомоноз; кишкові інфекції тощо. На сьогодні до категорії ІПСШ відносять більше 20 нозологічних форм. Раніше використовували терміни «венеричне захворювання» і «захворювання, що передається статевим шляхом», але вони не враховували весь перелік асимптоматичних інфекцій.

ІПСШ є кофакторами статевої передачі ВІЛ. Доведено біологічний та епідеміологічний синергізм ІПСШ та ВІЛ-інфекції. Передусім це стосується ІПСШ, перебіг яких супроводжується виразковими ураженнями геніталій (наприклад, сифіліс, гонорея): за наявності виразкових уражень ризик передачі ВІЛ статевим шляхом може підвищуватися у 6 разів, за відсутності – у 3–4 рази). У цілому серед усіх ІПСШ підвищений ризик інфікування ВІЛ показаний для хламідіоза, сифілісу, гонореї та генітального герпесу.

Інфекція, що передається через кров

англ. Blood-borne infection; рос. Инфекция, передаваемая через кровь – інфекційні хвороби, збудники яких передаються через контаміновану кров або інші біологічні рідини хворого. Найбільш характерні приклади – ВІЛ-інфекція, гепатити В і С, вірусні геморагічні гарячки. Збудники цих інфекцій передаються через прямий контакт крові однієї особи з травмованою шкірою або слизовою оболонкою іншої. Також вони можуть передаватися при статевому контакті, а також штучним шляхом – при медичних і немедичних (споживання наркотиків шляхом ін'єкцій) інвазивних втручаннях.

95

Інформована згода

англ. Informed consent; рос. Информированное согласие – процес, що включає інформування лікарем/дослідником пацієнта/учасника клінічного дослідження та подальше прийняття ним курсу лікування, терапевтичної процедури або маніпуляції, дослідження чи іншого втручання. Інформована згода також є обов'язковим компонентом проведення досліджень за участю людей. Відповідно до стандартів належної клінічної практики (*див. стор. 117*), інформована згода є одним із елементів захисту прав пацієнтів, який гарантує, що пацієнт розуміє характер втручання і може добровільно прийняти рішення щодо своєї участі або неучасті.

Основні принципи отримання інформованої згоди:

- використання лише схваленої етичним комітетом версії інформованої згоди;
- інформація для пацієнта має бути надана у письмовому та усному вигляді;
- пацієнту (або його родичам) треба дати достатньо часу для прийняття рішення;
- інформована згода має бути отримана раніше будь-яких процедур, пов'язаних з лікуванням/дослідженням;
- пацієнт/учасник клінічного дослідження та лікар/дослідник мають власноруч підписати та датувати інформовану згоду (якщо передбачено застосування письмової згоди);
- пацієнт/учасник клінічного дослідження має отримати копію інформованої згоди.

ІНЦИДЕНТНІСТЬ (ІНЦИДЕНС)

96

англ. Incidence; рос. Инцидентность, инцидент – імовірність виникнення нових випадків певного медичного стану в конкретній популяції за певний проміжок часу. Часто перекладають як «захворюваність», але інцидентність стосується не лише захворювань, а також інших станів, для яких існує момент початку або виникнення. Хоча іноді говорять про інцидентність як кількість нових випадків, але правильніше її розглядати саме як відносний показник, тобто з урахуванням знаменника. З огляду на знаменник, інцидентність існує в двох видах: (1) кумулятивна інцидентність — cumulative incidence (якщо знаменником є кількість людей); (2) щільність інцидентності — incidence density, incidence rate (якщо знаменником є кількість людино-років спостереження).

К

Карта, форма розслідування випадку захворювання; карта епідеміологічного обстеження

англ. **Case investigation form**; *рос.* **Карта расследования случая заболевания, карта эпидобследования** – форма, до якої занесено дані щодо окремого пацієнта, включаючи його ім'я, місце проживання, дату народження, стать, вік, клінічні дані, матеріали, що були зібрані в ході епідеміологічного обстеження, попередній та фінальний клінічний і лабораторний діагноз. Також заносять дані щодо фахівця, який збирав дані та проводив розслідування, а також адміністративної одиниці, де проводилося розслідування. Форма розслідування випадку інфекційної хвороби після завершення набуває значення статистичного документу, необхідного для проведення ретроспективного (*див. стор. 67*) і проспективного (*див. стор. 67*) епідеміологічного аналізу.

Картування

англ. **Mapping**; *рос.* **Картирование, Картографирование** – метод відображення певних ознак, явищ, характеристик у просторі.

Картування послуг (*рос.* **Картирование услуг**) – відображення на мапі установ, що надають медико-соціальні послуги та допомогу, наприклад ЛЖВ;

Картування точок (*рос.* **Картирование точек**) – відображення на мапі інформації щодо географічної представленості груп (місця проживання або частих зустрічей, спілкування ЛЖВ та осіб з груп ризику щодо інфікування ВІЛ), (картування) місць їхньої дислокації (PKC, СІН).

Як приклад, *Картування у вибірці за місцем і часом* – TLS (*див. стор. 25*) – попереднє визначення місць, в яких буде реалізована вибірка в охопленому дослідженні місті (регіоні тощо).

Категорія експозиції (впливу)

англ. Exposure category; рос. Категория экспозиции – характеристика інфікованого індивіда з точки зору факторів ризику та механізмів передачі інфекції, які призвели до зараження (або іншого патологічного стану).

При ВІЛ-інфекції категорії експозиції враховують належність осіб до тієї чи іншої групи, поведінка яких може бути пов'язана з ризиком інфікування ВІЛ:

- *секс з чоловіками;*
- *споживання ін'єкційних наркотиків;*
- *захворювання на гемофілію та інші розлади системи згортання крові та пов'язані з цим переливання крові, отримання її компонентів і препаратів;*
- *гетеросексуальні статеві стосунки.*

Кількісна оцінка

англ. Quantitative estimation; рос. Количественная оценка – оцінка будь-якого показника, виражена конкретними цифровими значеннями.

Кластер

англ. Cluster; рос. Кластер – 1) об'єднання декількох однорідних елементів, які можна розглядати як самостійну одиницю, що має певні властивості; 2) група суб'єктів, які мають близькі значення змінних.

В епідеміології: близькість (агрегація, групування) відносно нечастих подій (захворювань) між собою у просторі або часі в кількості, що видається більшою, ніж можна було очікувати.

Кластерний аналіз

англ. **Cluster analysis**; *рос.* **Кластерный анализ** – набір різних алгоритмів класифікації, призначений для розбиття сукупності об'єктів на однорідні групи (кластери або класи), багатовимірна класифікація даних. В епідеміології застосовується для розподілення спостережень на гомогенні групи.

Клінічне експериментальне випробування

англ. **Clinical trial**, *син.* **Therapeutic trial**; *рос.* **Клиническое испытание** – дослідження, у ході якого людям призначають певний лікувальний режим для оцінки його ефективності та безпеки.

Цей термін широко варіюється: від першого досліду на людях без будь-якого контрольного лікування до ретельно спланованого експерименту з контролем та рандомізацією (*див. Рандомізоване дослідження стор. 67*).

Клінічне випробування має декілька фаз:

- 1) оцінка безпеки та фармакологічного профілю;
- 2) пілотна оцінка ефективності;
- 3) повна оцінка безпеки та ефективності;
- 4) уточнення особливих фармакологічних ефектів, встановлення частоти небажаних реакцій та наслідків довгострокового застосування лікарського засобу.

Клінічний протокол (алгоритм)

англ. **Clinical protocol**, *син.* **Clinical algorithm**; *рос.* **Клинический алгоритм, протокол** – нормативний документ, що визначає вимоги до виконання медичної допомоги хворому при певному захворюванні, з певним синдромом або при певній клінічній ситуації; містить детальний опис кроків, які необхідно здійснювати при наданні медичної допомоги хворому.

Клінічний протокол розробляють для:

- 1) вибору оптимальних технологій діагностики, лікування, реабілітації та профілактики для конкретного хворого;
- 2) захисту прав лікаря при вирішенні спірних або конфліктних питань;
- 3) проведення експертизи оцінки якості надання медичної допомоги хворим у певній клінічній ситуації;
- 4) планування обсягів медичної допомоги;
- 5) розрахунку необхідних витрат на надання медичної допомоги тощо.

Існує ціла низка клінічних протоколів для країн Європейського регіону щодо діагностики, лікування, профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу (наприклад, Протокол №10 «Профілактика передачі ВІЧ от матери ребенку; Протокол №13 «Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции»).

Клінічні прояви

англ. Clinical manifestations; рос. Клинические проявления – сукупність клінічних симптомів, характерних для окремих стадій розвитку певної хвороби.

Клінічні прояви ВІЛ-інфекції можуть бути вельми різноманітними – від безсимптомного перебігу до розвиненої картини СНІДу, переважання маніфестації тих чи інших опортуністичних інфекцій (див. стор. 121) або інших СНІД-асоційованих захворювань (див. стор. 160).

Клітини-кілери

англ. Killer cells, син. K cells; рос. Клетки-киллеры – ефекторні клітини (такі, що беруть участь в імунній відповіді безпосередньо, приміром, шляхом контакту або опосередковано – через розчинні речовини, наприклад лімфокіни), що представлені гетерогенною популяцією лімфоцитів, спроможних до цитотоксичної (руйнуючої) дії щодо клітин-мішеней (див. стор. 101).

Клітини-мішені

англ. **Target cells**; рос. **Клетки-мишени** – клітини з поверхневими рецепторами, що можуть специфічно взаємодіяти з відповідними структурами біологічно активних речовин (наприклад, гормонів, нейромедіаторів тощо), клітин (включаючи імунні) та мікроорганізмів. В імунній відповіді – це клітини, що несуть на своїй поверхні природні або штучні мембранні антигени (локалізовані на мембрані клітини), що є об'єктами активності специфічних ефektorних клітин або антитіл (*див. стор. 11*).

*При інфікуванні ВІЛ клітинами-мішенями збудника є всі клітини, що мають на поверхні рецептори CD4: Т-лімфоцити-хелпери (*див. стор. 101*), макрофаги, В-клітини, мікроглія (спеціалізовані гліальні клітини центральної нервової системи), клітини Лангерганса.*

Клітини-супресори (Т-супресори)

англ. **Suppressor cells (Ts)**, син. **T-suppressor cells, Regulatory T-cells, Treg**; рос. **Клетки-супрессоры**, син. **Т-супрессоры, Тс-клетки, супрессорные Т-клетки** – основні регулятори імунної відповіді, контролюють її силу і тривалість шляхом регуляції функцій Т-ефektorних клітин: клітин-хелперів (*див. стор. 101*) та цитотоксичних клітин-кілерів (*див. стор. 100*). Т-супресори беруть участь в контролі та обмеженні розвитку гуморальних і клітинних імунних реакцій, сприяють їх закінченню, підтримують толерантність (*див. стор. 90*) до власних антигенів і блокують розвиток аутоімунних реакцій (*див. стор. 12*).

Клітини-хелпери (Т-хелпери)

англ. **T-helper cells, Th-cells**; рос. **Т-хэлперы, хэлперные Т-клетки** – субпопуляція Т-лімфоцитів, що мають регуляторну (підсилюючу) здатність; несуть на поверхні фенотиповий маркер CD4; характеризуються спроможністю продукувати інтерлейкіни (4, 5, 6). Як допоміжні клітини, беруть участь в індукції гуморальної імунної відповіді, розвитку алергічних реакцій, контролі та регуляції гемопоетичних стовбурових клітин.

ВІЛ чинить прямий цитопатичний (руйнуючий, вбиваючий) ефект на Т-хелпери. Інфіковані клітини-хелпери, в яких відбулась активація ВІЛ, руйнуються, порушуються їх функції, вони втрачають здатність брати участь в повноцінній імунній відповіді.

Когерентність епідеміологічна

англ. Coherence, epidemiologic; рос. Когерентность эпидемиологическая – один з критеріїв причинно-наслідкового зв'язку в біологічних та медичних науках – ступінь відповідності біологічних, клінічних або соціологічних даних доказам, отриманим в епідеміологічних дослідженнях.

Когорта

англ. Cohort; рос. Когорта

- 1) У широкому розумінні – це будь-яка обрана група осіб, які спостерігалися або відстежувалися протягом певного періоду часу.
- 2) Група осіб, з самого початку об'єднана будь-якою загальною ознакою (наприклад, здорові особи або хворі на певній стадії захворювання), яких спостерігають протягом тривалого часу з метою простежити, що відбудеться в подальшому внаслідок впливу будь-якого фактора ризику (в когортному дослідженні).

Когорта новонароджених

англ., Birth cohort; рос. Когорта новорожденных

- 1) Сукупність осіб, народжених за певний період часу на певній території.
- 2) Частина популяції, що народилася в певний період часу, яку можна ідентифікувати за періодом народження з тим, щоб її характеристики (наприклад, причина смерті або кількість ще живих) могли бути вивчені в міру їх входження у послідовні періоди часу й віку.

Когортний ефект, *син.* – Ефект покоління

англ. **Cohort effect, Generation effect**; *рос.* **Когортный эффект, эффект поколения** – зміна стану здоров'я, в основі якої лежать різні причинні фактори, впливу яких піддається кожне покоління внаслідок змін навколишнього середовища і суспільства. Когортний ефект варто мати на увазі, якщо повторювані крос-секційні дослідження показують суттєві зміни певних показників, які можуть пояснюватися не змінами показників здоров'я популяції, а змінами груп, які входять в популяцію у різні моменти часу.

Коефіцієнт варіації

англ. **Coefficient of variation**; *рос.* **Коэффициент вариации** – співвідношення стандартного відхилення (середньоквадратичне відхилення) до середнього значення (середнє арифметичне), частіше виражене у відсотках.

Коефіцієнт варіації характеризує відносний розкид у вибіркових сукупностях, що мають різні середні й не залежать від розмірності вимірів. Цей показник можна використовувати для порівняння двох або більше наборів даних. Варто пам'ятати, що коефіцієнт варіації суттєво залежить від шкали, за якою вимірюють показник, і його не можна порівнювати для різних показників.

Коінфекція

англ. **Coinfection**; *рос.* **Коинфекция** – поєднана, асоційована, змішана, мікст-інфекція; про коінфекцію говорять, коли інфекційний процес, викликаний спочатку одним збудником, у подальшому на різних етапах (або одночасно з початком першого) може асоціюватися з інфекційним процесом іншої етіології. У структурі інфекційних хвороб на долю коінфекції припадає до 50% випадків, у тому числі вірусної етіології – до 30 %.

При ВІЛ-інфекції частіше за все мова йде про коінфекцію ВІЛ+Туберкульоз, ВІЛ+гепатит С.

Комбінована терапія, політерапія

англ. Combination therapy; рос. Комбинированная терапия – терапія, при якій використовують більш ніж один вид ліків або терапевтичних підходів (порівняно з монотерапією – *див. стор. 116*). Як правило, це поняття стосується використання декількох препаратів (або підходів) при лікуванні одного захворювання.

Сучасне лікування ВІЛ-інфекції потребує комбінованої терапії – одночасного застосування двох, трьох або більше протівірусних препаратів.

Комплексні заходи з профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ

англ. Comprehensive HIV prevention, treatment, care, and support; рос. Комплексные меры по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ – розраховані на певні групи населення стратегії профілактики ВІЛ-інфекції, клінічний догляд, нормальне харчування, психологічна підтримка, соціальна й щоденна підтримка ЛЖВ, а також членів їх родин, дотримання прав людини і врахування правових потреб.

Ключові моменти:

- 1) розширення та забезпечення доступу до комплексної профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки для уразливих груп населення, людей, які живуть з ВІЛ, та інших, найбільш постраждалих від епідемії ВІЛ-інфекції;
- 2) зміцнення систем охорони здоров'я у плані прийняття рішень щодо найбільш уразливих груп населення, людей, які живуть з ВІЛ, та інших, найбільш постраждалих від епідемії ВІЛ-інфекції;
- 3) зміцнення зусиль громадських організацій, які можуть надати підтримку найбільш уразливим групам населення, ЛЖВ, та іншим, найбільш постраждалим від епідемії ВІЛ-інфекції.

Конкордантна, сероконкордантна пара

англ. Seroconcordant; рос. Сероконкордантный, конкордантный – стосовно ВІЛ-інфекції – сімейна або партнерська пара, в якій обидва партнери мають однаковий ВІЛ-статус (позитивний чи негативний).

Консультування

англ. Counseling; рос. Консультирование – двостороннє спілкування, в процесі якого працівник охорони здоров'я або інших соціальних чи психологічних служб допомагає пацієнту або клієнту прийняти інформоване рішення.

Контакт прямий

англ. Contact, direct; рос. Контакт прямой – шлях передачі збудника інфекції безпосередньо від інфікованої особи іншій сприйнятливій людині при контакті зі шкірою або слизовими оболонками, рукостисканні, поцілунку, статевому акті.

Контамінований і нестерильний ін'єкційний інструментарій

англ. Contaminated and non-sterile injecting equipment; рос. Контаминированный и нестерильный инъекционный инструментарий – інструментарій для введення ін'єкційних наркотиків або інший медичний і немедичний інструментарій для інвазивних втручань вважають зараженим, якщо він містить збудника інфекції (наприклад, ВІЛ). Якщо передача ВІЛ відбувається внаслідок користування шприцом декількома людьми, інструмент вважають зараженим. Нестерильний ін'єкційний інструментарій може мати або не мати на собі збудників інфекції (ВІЛ), але користування ним підвищує ризик зараження.

Контрольна група, контроль

англ. Control group; рос. Контрольная группа, контроль – особи, з якими проводять порівняння в дослідженні «випадок–контроль» (*див. стор. 57*), рандомізованому контрольованому (*див. стор. 146*) або іншому епідеміологічному дослідженні. *Див. також «Група порівняння». стор. 42.*

Лабораторне підтвердження

англ. Laboratory confirmation; рос. Лабораторное подтверждение – алгоритм комплексу лабораторних досліджень, що дозволяє підтвердити припустимий діагноз, випадок того чи іншого захворювання. При інфекційних хворобах – підтвердження наявності збудника інфекції або його маркерів (антигенів, антитіл, генетичного матеріалу) у зразках біологічних субстратів обстежуваної особи.

Ланцюжок рекрутингу

(у вибірці, що спрямовується та реалізується респондентами)

англ. Recruitment chain (in respondent-driven / chain-referral sampling); рос. Цепь рекрутинга (в выборке, управляемой респондентами) – сукупність хвиль рекрутингу в їх хронологічній послідовності.

Латентна інфекція / Прихована інфекція

англ. Latent infection; рос. Латентная инфекция, син. Скрытая инфекция – безсимптомне перебування збудника інфекції в організмі хазяїна.

Латентний період

англ. Latent period (latency); рос. Латентный период – період між проникненням збудника інфекції в організм хазяїна та появою симптомів хвороби, коли людина вже заражена, проте хвороба себе ще не проявила. Інша назва *інкубаційного періоду* (див. стор. 92).

Летальність

англ. **Case fatality rate**; рос. **Летальность** – частка випадків конкретного захворювання, які завершилися смертю хворого, за даний період часу:

$$= \frac{\text{Число померлих від хвороби (за даний період)}}{\text{Число діагностованих випадків хвороби (за даний період)}} \times 100 (\%)$$

Летальність від СНІД – показник настання смертельного кінця при захворюванні на СНІД; є відношенням числа померлих від СНІД за весь період спостереження з моменту реєстрації перших випадків СНІД або за звітний період; визначається за формулою:

$$= \frac{\text{Число померлих від СНІД на кінець звітного року}}{\text{Число хворих на СНІД на кінець звітного року}} \times 100 (\%)$$

Лімфатичні вузли

англ. **Lymph nodes**; рос. **Лимфатические узлы** – периферичні органи лімфатичної системи, найчисельніші органи імунної системи; розташовані на шляху току лімфи. Виконують такі функції: (1) бар'єрно-фільтраційна (функція біологічного фільтру) – затримують бактерії та інші чужорідні часточки на шляху току лімфи; (2) гемопоетична – беруть участь у створенні клітин крові (лімфоцитів); (3) імуноцитопоетична – створюють плазматичні клітини, що виробляють антитіла.

У багатьох людей, які живуть з ВІЛ (див. стор. 108), незалежно від стадії захворювання, спостерігається лімфаденопатія – збільшення розміру лімфатичних вузлів, що розглядається як один з клінічних проявів ВІЛ-інфекції. Збільшення розміру лімфатичних вузлів однієї групи називають локальною (регіонарною) лімфаденопатією, двох і більше груп – поліаденопатією, або генералізованою лімфаденопатією. У стадії гострої ВІЛ-інфекції (див. стор. 30) зазвичай збільшуються потиличні й задньошийні лімфатичні вузли; пізніше – підщелепні, пахові й пахові лімфовузли. У ряді випадків лімфаденопатія є єдиним клінічним маркером ВІЛ-інфекції або ж може поєднуватися з іншими проявами.

Лімфоцити

англ. Lymphocytes; рос. Лимфоциты – неоднорідна популяція клітин крові, які відіграють основну роль в імунній системі; мають на своїй поверхні специфічні рецептори для певних антигенних детермінант. У процесі імунної відповіді розрізняються за функціями (хелпери, супресори та ін.).

Люди, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ)

англ. People living with HIV / Person(s) living with HIV; рос. Люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ) – ВІЛ-позитивні особи та особи, які страждають на хворобу, спричинену ВІЛ.

Людино-час

англ. Person-time; рос. Человеко-время – вимір, який комбінує людей і час у знаменнику при обчисленні щільності інцидентності (*див. стор. 96*) і смертності; його використовують, коли враховують час перебування кожної людини під ризиком, який розрізняється для кожної особи. Тобто це сума всіх відрізків часу, протягом якого всі особи, які були під спостереженням, наражалися на ризик. Частіше застосовують показник людино-року: наприклад, якщо особа була під спостереженням у зв'язку з певним впливом (експозицією) 1 рік, вона додає у дослідження 1 рік – 1 людино-рік, а якщо 10 років – 10 людино-років. Так само 10 людино-років можуть потрапити через спостереження однієї людини протягом 10 років або через спостереження десяти людей протягом року, і всі проміжні варіанти також можливі.

Маркер ризику

англ. Risk marker, син. Risk indicator; рос. Маркер риска – ознака, пов'язана з підвищеною ймовірністю наявності хвороби або іншого конкретного наслідку впливу; не обов'язково є причинним фактором.

Материнська смертність

англ. Maternal mortality, maternal mortality ratio (MMR), maternal mortality rate; рос. Материнская смертность – в цілому материнську смерть визначають як смерть жінок під час вагітності, пологів або протягом 42 днів після припинення вагітності, незалежно від її тривалості, від будь-яких причин, пов'язаних з вагітністю, або таких, що ускладнилися вагітністю або її веденням, але не пов'язаних з нещасними випадками та захворюваннями, які виникли.

У світі застосовують різні показники для визначення материнської смертності. Найчастіше визначають чотири показники: коефіцієнт материнської смертності (КМС), показник материнської смертності, ризик материнської смерті та частка материнської смертності серед смертей жінок репродуктивного віку. Ці показники характеризують материнську смертність з різних боків, тому варто застосовувати їх в сукупності.

1. Коефіцієнт материнської смертності (КМС) (*англ. maternal mortality ratio*): відношення числа материнських смертей протягом даного періоду часу на 100 000 живонароджених дітей протягом того ж періоду часу. Цей показник розглядають як міру якості системи охорони здоров'я.
2. Рівень материнської смертності (*англ. maternal mortality rate*). Число випадків материнської смертності в популяції, розділене на число жінок репродуктивного віку, як правило, на 1000 жінок.

3. Довічний ризик материнської смерті (*англ. Lifetime risk of maternal death*): імовірності для 15-річної дівчини померти від причини, яка відноситься до материнської смертності, якщо ризики материнської смерті та загальний рівень народжуваності й смертності будуть протягом її життя такими, що спостерігаються на даний момент часу.
4. Частка материнської смертності серед смертей жінок репродуктивного віку (*англ. Proportion of maternal deaths among deaths of women of reproductive age*): число випадків материнської смерті в даний період часу, поділене на загальне число смертей серед жінок у віці 15–49 років.

Для випадків смертей, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, застосовують уточнення, щоб вказати період смерті – під час вагітності, пологів або в післяпологовий період.

Пряма материнська смертність ВІЛ-позитивних жінок

англ. Direct maternal deaths to women who are HIV-positive; рос. Прямая материнская смертность ВИЧ-позитивных женщин – випадки смерті жінок, первинною причиною яких були акушерські проблеми.

Побічна материнська смертність, обтяжена ВІЛ

англ. Indirect maternal deaths aggravated by HIV; рос. Косвенная материнская смертность, отягченная ВИЧ – випадки смерті ВІЛ-позитивних жінок внаслідок обтяжливого впливу вагітності на перебіг ВІЛ-інфекції.

Випадки смерті жінок під час вагітності, пологів або в післяпологовий період, пов'язані з ВІЛ

англ. HIV-related deaths to women during pregnancy, delivery, or puerperium; рос. Случаи смерти женщин во время беременности, родов или в послеродовой период, связанные с ВИЧ – випадки, коли причиною смерті ВІЛ-позитивних вагітних є захворювання, пов'язані зі СНІДом.

Асоційовані з ВІЛ випадки смерті серед жінок під час вагітності, пологів або в післяпологовий період

англ. HIV-associated deaths to women during pregnancy, delivery, or puerperium; рос. Связанные с ВИЧ смертные случаи

среди женщин во время беременности, родов или в послеродовой период – сумарний показник, що об'єднує випадки прямої материнської смертності серед ВІЛ-позитивних жінок, побічної смертності та випадки пов'язаної з ВІЛ смерті жінок під час вагітності, пологів та в післяпологовий період.

Материнські антитіла

англ. Maternal antibodies; рос. Материнские антитела – антитіла, які передаються плоду від матері та захищають дитину від інфекції протягом певного часу після народження.

У дитини, народженої ВІЛ-позитивною матір'ю, материнські антитіла до ВІЛ можуть циркулювати у крові до 18 місяців від народження, але у переважній більшості дітей (без ВІЛ-інфекції) зникають до 12-місячного віку.

Медико-санітарне просвітництво

англ. Health information; рос. Медико-санитарное просвещение – сукупність освітніх, виховних, агітаційних та пропагандистських заходів, спрямованих на формування здорового способу життя, профілактику захворювань, збереження й зміцнення здоров'я та працездатності людей, продовження їх активного життя.

З точки зору прийнятої у світі термінології, розрізняють *Health education* та *Health communication*. *Health Education* більше стосується невеличких груп, організованих колективів, *Health Communication* передбачає застосування ЗМІ, так званого соціального маркетингу, великих інформаційних кампаній, які можуть бути спрямовані на населення цілої країни. У плануванні таких кампаній важливо враховувати теорії та технології зміни поведінки (*див. стор. 84*) та наявний у світі багаж наукових знань з приводу базованих на доказах (*див. стор. 82*) підходів. Теорії, які варто брати до уваги, стосуються, з одного боку, того, що саме працює і що є достовірною інформацією, з іншого боку, важливо враховувати те, як саме має бути донесена інформація, щоб це сприяло змінам поведінки. У багатьох дослідженнях

було показано, що одних знань недостатньо для того, щоб людина не наражалася на небезпечну поведінку. Знання є необхідними, але не достатніми для цього.

У контексті ВІЛ-інфекції медико-санітарне просвітництво розглядають як надання достовірної інформації, з урахуванням певних ознак (наприклад, з урахуванням віку, статі, культурних навичок, сексуальних уподобань тощо), щодо здорового способу життя, спрямоване на надання допомоги окремим людям в усвідомленому виборі дій стосовно покращення свого здоров'я. Мета медико-санітарного просвітництва у зв'язку з ВІЛ-інфекцією – надання допомоги людям в отриманні знань, які допомагають зробити усвідомлений вибір сексуальної поведінки та здорового способу життя.

Мета-аналіз

англ. Meta-analysis; рос. Мета-анализ – кількісний аналіз об'єднаних результатів декількох досліджень (клінічних, епідеміологічних) щодо одного й того ж дослідницького питання. Такий підхід забезпечує більшу статистичну потужність (*див. стор. 136*) порівняно з кожним окремим дослідженням. Мета-аналіз використовують для узагальненого уявлення про результати багатьох дослідів.

Метод сухої краплі крові, суха крапля крові (СКК)

англ. Dried blood spots (tests), DBS; рос. Метод сухой капли крови, сухая капля крови (СКК) – метод, заснований на тому, що цільну кров (відібрану з вени, пальця, п'ятки, вуха) наносять на фільтрувальний папір, а потім висушують і в подальшому досліджують.

Цінність методу полягає в тому, що його можна застосовувати там, де немає умов для довготривалого зберігання та транспортування зразків крові або сироватки в холодильник. Дослідження вказують, що навіть після тривалого зберігання СКК при високій температурі та вологості чутливість та чутливість лабораторних методів залишається достатньою.

У СКК можна досліджувати антитіла (антитіла до ВІЛ) методом ІФА. Застосовується також при обстеженні немовлят, при якому важливо оцінювати не наявність антитіл, а наявність вірусу через можливість ампліфікації знайденого у зразку генетичного матеріалу.

Метод СКК можна використовувати для вивчення рівня інфікованості ВІЛ населення, скринінгу та підтвердження наявності ВІЛ в окремих осіб. Зразки СКК дуже зручні для скринінгових обстежень великих груп населення; зразки можна надсилати до лабораторії поштою.

Механізм передачі збудника інфекції

англ. – немає тотожного визначення, найбільш близький термін

Modes of transmission of infection; рос. Механизм передачи возбудителя инфекции – спосіб, яким збудники інфекційних хвороб переміщуються від джерела до сприйнятливої особи, зумовлений локалізацією збудників в організмі хворого.

У вітчизняній епідеміологічній літературі розрізняють такі механізми передачі збудника інфекції:

- **фекально-оральний** – локалізація збудника у кишечнику; виводиться разом з випорожненнями; із забрудненого ними довкілля можуть потрапляти до травного каналу сприйнятливого організму разом з харчовими продуктами або водою;
- **крапельний** – збудники локалізуються на слизових оболонках дихальних шляхів; потрапляють у повітря при кашлі, чханні, голосній розмові тощо; зберігаються у повітрі нетривалий час у крапельках аерозолі або на частинках пилу і потрапляють у сприйнятливий організм при вдиханні;
- **трансмісивний** – збудник локалізується в крові й лімфі джерела і циркулює у замкненій кровоносній системі, яка не має прямого виходу в довкілля; потрапляє до сприйнятливого організму через переносників (кровосисні комахи) під час укусу;

- **контактний** – збудники локалізуються на шкірі або слизових оболонках; зараження може відбутися при безпосередньому або опосередкованому контакті між джерелом і сприйнятливим організмом; ще одна назва – **контактно-рановий механізм**;
- **вертикальний** – перехід збудника від матері до плода, тобто від одного покоління до іншого. Цей спосіб зараження розглядають також як різновид контактного, або не як механізм, а як шлях передачі збудника інфекції (*див. Вертикальний шлях передачі ВІЛ стор. 185*).

Механізм передачі ВІЛ

При визначенні механізму передачі ВІЛ-інфекції (так само, як гепатитів В і С) зазначають, що ВІЛ передається через контактно-рановий механізм, реалізація якого відбувається при статевих контактах і штучному заплідненні; переливанні крові та деяких її препаратів, під час інвазивних медичних маніпуляцій інструментами, забрудненими кров'ю ВІЛ-позитивних осіб; вертикально; штучно парентерально при немедичних втручаннях, пов'язаних з порушенням цілісності шкіри і слизових оболонок (наприклад, при ін'єкціях наркотиків; татуюванні, деяких косметичних процедурах, що здійснюються без дотримання вимог асептики/антисептики).

*На думку деяких фахівців, ВІЛ-інфекція має окремий власний механізм передачі збудника інфекції – **парентеральний механізм** (коли збудник інфекції потрапляє безпосередньо в кров), що реалізується переліченими вище шляхами. Цей механізм можна поширити також на вірусні гепатити В і С.*

Міграція

*англ. **Migration**; рос. **Миграция*** – переселення, переміщення населення, пов'язане зі зміною постійного місця проживання, як у межах однієї країни, так і з однієї країни в іншу. Термін «міграція» застосовують переважно щодо економічної міграції, на відміну від терміну «вимушене переміщення», яке застосовується щодо осіб, які шукають притулку, біженців, переміщених в межах країни або осіб без громадянства.

Внутрішня міграція – переміщення населення в межах тієї чи іншої країни, переміщуючись між її регіонами, населеними пунктами.

Внутрішні трудові мігранти – люди працездатного віку, які займаються оплачуваною економічною діяльністю на території цієї ж країни, переміщуючись між її регіонами, населеними пунктами.

Зовнішня міграція – переміщення населення між країнами, групами країн.

Зовнішні трудові мігранти – люди працездатного віку, які займаються оплачуваною економічною діяльністю на території інших країн постійно, сезонно або тимчасово (включаючи тих, які працюють без офіційного статусу).

Міра статистичного зв'язку

англ. Measure of association; рос. Мера статистической связи в епідеміологічному дослідженні – це кількісна характеристика, що відображає статистичний зв'язок між змінними, які відповідають факторам ризику та результату. Такою мірою зв'язку, залежно від дизайну дослідження та типу змінних, може бути відносний ризик, відношення шансів, іноді різниця захворюваності або поширеності, їх співвідношення тощо.

Множинні фактори ризику

англ. Multiple risk factors; рос. Множественные факторы риска – присутність більше одного фактору ризику розвитку захворювання. Розгляд причинності вказує на те, що більшість захворювань та розладів здоров'я мають мультипричинну етіологію (*див. стор. 80*). У найпростішому вигляді для розвитку будь-якого захворювання завжди взаємодіють принаймні генетичні фактори та фактори середовища. Причинні фактори можуть призвести до збільшення імовірності несприятливого результату через сумачію ризиків, пов'язаних з окремими факторами, або через синергізм.

Моніторинг

англ. Monitoring; рос. Мониторинг / Постоянное наблюдение – цілеспрямована діяльність, що полягає у перманентному спостереженні, аналізі, оцінці й прогнозі стану об'єкта (процесу, явища, системи). Часто розрізняють роль моніторингу й оцінки. Моніторинг має відбуватися постійно, одночасно з діяльністю. Для проведення оцінки необхідний ретроспективний погляд на те, що вже відбулося.

Моноінфекція

англ. Monoinfection; рос. Моноинфекция – інфекційне захворювання, етіологічно пов'язане з одним збудником.

Монотерапія

англ. Monotherapy; рос. Монотерапия – лікування тільки одним лікарським препаратом.

На сьогодні монотерапія не рекомендована для лікування ВІЛ-інфекції (можливо лише у межах клінічного випробування).

Належна клінічна практика / Стандарт GCP

англ. Good Clinical Practice (GCP); рос. Надлежащая клиническая практика – міжнародний стандарт етичних норм та якості наукових досліджень, в якому описано правила розробки, проведення, ведення документації та звітності щодо досліджень, в яких передбачена участь людини як піддослідного суб'єкта (клінічні дослідження). Відповідність стандарту GCP гарантує дотримання прав учасників дослідження; правил забезпечення їхньої безпеки; прагнення до незавдання шкоди; вимоги до достовірності досліджень.

Правила GCP були ініційовані Хельсінкською декларацією Міжнародної конференції з гармонізації (Declaration of Helsinki, International Conference on Harmonization, ICH).

117

На основі підтвердженої інформації

англ. Evidence-informed; рос. На основе подтвержденной информации – вважають, що цей термін має перевагу перед терміном «на основі доказів» (*evidence based*); свідчить, що при прийнятті рішення певну роль може відігравати низка елементів, але лише один з них є «доказом», а іншими елементами може бути прийнятність з будь-яких позицій (культури, витрат, реальності здійснення тощо).

Населення, яке піддається ризику

англ. Population at risk; рос. Население, подвергающееся риску – населення, у якого теоретично може виникнути наслідок, що цікавить дослідника, на відміну від населення (групи населення), для якого є характерним підвищений ризик розвитку цього самого наслідку (**див. Уразливе населення**) *стор. 173.*

Наслідок, результат

англ. Outcome; рос. Результат – будь-який можливий до-
точний до здоров'я результат, що виникає (або не виникає,
але чи це так, є питанням для дослідження) під впливом при-
чинного фактора (яким може бути профілактичне, терапев-
тичне втручання або їх відсутність); всі виявлені зміни внаслідок
втручання або невтручання (виникнення або прогресування
хвороби, її виліковування тощо).

Неефективність лікування (невдачі в лікуванні)

англ. Treatment failure; рос. Неэффективность лечения –
відсутність або недосягнення очікуваного результату лікування,
що потребує перегляду та коригування схеми терапії.

При лікуванні ВІЛ-інфекції розрізняють такі критерії неефектив-
ності:

1) Вірусологічна неефективність:

- первинна – відсутність вірусологічної відповіді (відсутність
зниження вірусного навантаження до рівня < 50 копій/мл
у двох незалежних тестах після 6 місяців терапії);
- вторинна – зростання вірусного навантаження після до-
сягнення мінімального рівня.

2) Імунологічна неефективність:

- зниження рівня CD4 клітин на 25% від їх максимального
рівня у даного пацієнта;
- відсутність зростання кількості CD4 клітин до рівня понад
50 кл/мл протягом першого року проведення АРТ.

*При визначенні неефективності лікування необхідно виклю-
чити недостатню прихильність до терапії та ефект взаємо-
дії лікарських препаратів.*

Нейро-СНІД

англ. Neuro-AIDS; рос. Нейро-СПИД – неврологічні прояви СНІДу, що поділяються на первинні (пов'язані з прямою ушкоджуючою дією вірусу, автоімунними процесами та нейротоксичним ефектом) і вторинні (пов'язані з опортуністичними інфекціями, пухлинами, нейротоксичною дією препаратів протівірусної терапії).

НІЗТ – Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази

(англ. NARTIs або NRTIs – Nucleoside analog reverse-transcriptase inhibitors або Nucleoside reverse transcriptase inhibitors; рос. НИОТ – Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы – перші антиретровірусні препарати, схвалені для лікування ВІЛ-інфекції. Механізм дії цього класу препаратів заснований на пригніченні зворотної транскриптази ВІЛ. Більшість з них є аналогами нуклеозидів. До групи НІЗТ відносяться Абакавір (ABC), Діданозин (ddl), Зальцитабін (ddC), Зідовудин (AZT, ZDV), Ламівудин (3TC), Ставудин (d4T), Тенофовір (TDF), Емтрицитабін (FTC).

ННІЗТ – Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази

англ. NNRTIs – Non-nucleoside reverse-transcriptase inhibitors; рос. ННИОТ – Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы – препарати, що впливають на зворотну транскриптазу ВІЛ. На відміну від НІЗТ з'єднуються зі зворотною транскриптазою напямую поряд з ділянкою зв'язування нуклеозидів, що сприяє суттєвому уповільненню реплікації вірусу. До групи ННІЗТ належать Делавердин (DLV), Невірапін (NVP), Ефавіренз (EFV), Етравірін (ETR), Рилпівірін (RPV).

Нозокоміальна / Внутрішньолікарняна / Госпітальна інфекція

англ. **Nosocomial infection / Hospital-acquired infection;**
рос. **Нозокомиальная / Внутрибольничная / Госпитальная инфекция** – будь-яке клінічно виражене захворювання інфекційного походження, яке уражає хворого внаслідок його перебування в лікувально-профілактичному закладі, а також захворювання медичного працівника внаслідок його роботи в даному закладі, незалежно від того, з'явилися симптоми захворювання під час перебування в стаціонарі чи після виписки (ВООЗ). Тобто у поняття внутрішньолікарняних інфекцій входять захворювання пацієнтів стаціонарів, пацієнтів, які отримують допомогу в амбулаторно-поліклінічних, медико-санітарних частинах, здоров'я пунктах, на дому, а також випадки внутрішньолікарняного інфікування медичного персоналу під час виконання професійних обов'язків.

120 Носій (збудника інфекції)

англ. **Carrier;** *рос.* **Носитель (возбудителя инфекции)** – людина (тварина), яка має певний інфекційний агент за відсутності явних клінічних ознак захворювання і є потенційним джерелом збудника інфекції. Стан носійства може спостерігатися при інапарантній (безсимптомній) формі інфекційного процесу (*див. стор. 15*) – так зване «здорове» або безсимптомне носійство; під час інкубаційного періоду, одужання або після одужання. Стан носійства може бути короточасним (тимчасовий, транзиторний носій), тривалим, довічним (хронічний носій).

Нульова звітність

англ. **Zero reporting;** *рос.* **Нулевая отчетность** – звіти, в яких зазначено «нуль» випадків, тобто коли підрозділ, що звітує, не виявив жодного випадку. Така звітність дозволяє наступному вищестоящому рівню системи звітності бути впевненим, що при передачі даних вони не загубилися або учасники не забули надати звіт.



Описова статистика

англ. **Descriptive statistics**; *рос.* **Описательная статистика** – 1. Розділ статистики, в межах якого вивчаються методи описування основних властивостей даних. 2. У дослідженні – перший етап аналізу даних, який слугує для того, щоб показати характеристики вибірки (*див. стор. 22*). Далі зазвичай в більшості досліджень проводять або оцінку параметрів популяції на основі виміряних у вибірці значень, або аналіз зв'язків різних змінних.

Опіоїдна замісна терапія (ОЗТ)

англ. **Opioid substitution therapy (OST)**; *рос.* **Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)** – рекомендована форма лікування для людей, залежних від опіоїдів. Підтверджена ефективність її застосування для профілактики передачі ВІЛ, ретельного дотримання призначеної АРТ (*див. стор. 10*).

121

Опортуністична інфекція (ОІ)

англ. **Opportunistic infection (OI)**; *рос.* **Оппортунистическая инфекция (ОИ)** – інфекція, збудник якої, перебуваючи в організмі людини (тварини), не викликає захворювання за умови здорової імунної системи, але стає патогенним за особливих умов, у тому числі при імунodefіциті. Іноді опортуністичні інфекції називають умовно-патогенними.

У прогресуючій стадії ВІЛ-інфекції, з поглибленням ступеня ураження імунної системи, спостерігаються опортуністичні інфекції легень, головного мозку, очей, інших органів; найпоширенішими з них є пневмоцистна пневмонія, криптоспоридіоз, гістоплазмоз, бактеріальні інфекції, інші паразитарні, вірусні, грибкові інфекції.

У переліку опортуністичних інфекцій є хвороби, що викликаються не лише умовно-патогенними, а й патогенними мікроорганізмами, передусім це туберкульоз, який сьогодні розглядають не тільки як СНІД-асоційовану, СНІД-індикаторну, а й СНІД-маркерну інфекцію серед певних контингентів населення.

Основні групи населення з підвищеним ризиком зараження ВІА

англ. Key populations at higher risk of HIV; рос. Основные группы населения с повышенным риском заражения ВИЧ – цей термін позначає людей, які, ймовірно за все, можуть мати контакт з джерелом ВІА, тобто піддаються впливу збудника інфекції у непропорційно більшому ступені, ніж інші групи населення. До цих груп належать чоловіки, які мають секс з чоловіками (*див. стор. 182*); споживачі ін'єкційних наркотиків (*див. стор. 137*); працівники комерційного сексу – секс-бізнесу (*див. стор. 162*) та їх клієнти; особи з симптомами ІПСШ; серонегативні партнери в парах з дискордантним ВІА-статусом та деякі інші.

Особа, яка відповідає критеріям призначення антиретровірусного лікування

англ. Persons eligible for antiretroviral treatment; рос. Человек, соответствующий критериям назначения антиретровирусного лечения – термін, що стосується людей, які живуть з ВІА (*див. стор. 108*), для яких показана антиретровірусна терапія (*див. стор. 10*) на базі визначення різних клінічних та імунологічних параметрів; використовується у розроблених ВООЗ керівних принципах лікування. Цей термін часто застосовують як синонім поняття «особа, яка потребує лікування», проте останній означає більшою мірою безпосередній ризик для людини без обов'язкового призначення лікування (тобто якщо лікування не розпочати негайно, людина може померти впродовж 2-х років). Лікування не є обов'язком ВІА-позитивної людини, а, скоріше, результатом її вибору.

Залежно від результатів проведених досліджень і доступних ресурсів критерії призначення антиретровірусної терапії періодично переглядаються. Відповідно до рекомендацій, оприлюднених ВООЗ 2013 року, лікуванню підлягають ВІЛ-інфіковані особи, у яких кількість CD4 клітин на мм^3 становить 500 або менше. Попередня рекомендація 2010 року пропонувала призначати лікування всім, у кого 350 або менше CD4 клітин на мм^3 . Перегляд рекомендацій пояснюють тим, що вчасно розпочате лікування зменшує ризик передачі інфекції іншим людям, а ще тим, що при цьому можна застосовувати значно простіші препарати.

Особа, яка зазнала впливу, син. Експонована особа

англ. Exposed; рос. Подвергшийся воздействию – в епідеміології цей термін застосовується щодо груп осіб, члени яких зазнавали впливу певного чинника, що вивчається або розглядається як можлива причина виникнення захворювання або іншого стану, пов'язаного зі здоров'ям.

123

Оцінювання / Оцінка

англ. Evaluation; рос. Оценивание, оценка – систематичне й об'єктивне оцінювання діяльності щодо визначення її доречності, ефективності та впливу з урахуванням мети і завдань (оцінювання може стосуватися структури, процесу, наслідків тощо). Оцінку також часто розглядають як одну зі складових процесу, який поділяється на моніторинг (*див. стор. 116*) та оцінювання.

Очікувана тривалість життя

англ. Life expectancy, син. Expectation of life; рос. Ожидаемая продолжительность жизни – середня очікувана кількість років, яку проживе людина певного віку при незмінному рівні смертності. Найчастіше застосовують показник очікуваної тривалості життя при народженні, тобто скільки в середньому може прожити новонароджена дитина, якщо рівень смертності за віковими групами в даній країні залишатиметься незмінним.

П

Паліативна допомога

англ. Palliative care; рос. Паллиативная помощь – підхід, що реалізується на всіх рівнях медичної, соціальної й духовної допомоги, метою якого є покращення якості життя хворих та членів їхніх родин, які зіткнулися з проблемою тяжкої невиліковної хвороби. Ця мета досягається шляхом зниження тяжкості симптомів захворювання або уповільнення його перебігу, а не наданням лікування.

Головною метою паліативної допомоги у контексті ВІЛ-інфекції є покращення якості життя хворого та його близьких. Комплексна паліативна допомога повинна включати допомогу і підтримку (1) на етапі прийняття діагнозу ВІЛ-інфекції/СНІДу; (2) на етапі прийому препаратів АРТ; (3) на термінальній стадії захворювання. Паліативна допомога сприяє тому, що ВІЛ-позитивна особа здатна вести активний спосіб життя, відчувати себе повноцінним членом суспільства.

Пандемія

англ. Pandemic; рос. Пандемия – повсюдна епідемія, що інтенсивно поширюється в багатьох країнах світу або навіть в усіх частинах світу.

Паралельні статеві партнерства

англ. Concurrent sexual partnerships; рос. Параллельные половые партнерства – цей термін стосується осіб, які повідомляють принаймні про двох партнерів, перший сексуальний контакт з якими мав місце шість або більше місяців тому, а останній – не більше шести місяців тому, тобто в один період

часу. В даному контексті також застосовують терміни «паралельні статеві партнери», «паралельні партнерства», «паралельність». Цей феномен розглядають у порівнянні з послідовними статевими партнерствами (serial sexual partnerships); декілька досліджень було присвячено ролі таких партнерств як можливого драйвера розвитку епідемії ВІЛ у країнах з генералізованою епідемією.

Патоген / Патогенний мікроорганізм / Збудник хвороби

англ. Pathogen, Infectious agent; рос. Патоген / Патогенный микроорганизм / Возбудитель болезни – мікроорганізм, що викликає хворобу.

Патогенез

англ. Pathogenesis; рос. Патогенез – механізм розвитку хвороби, патологічного процесу та стану (механізм, за допомогою якого етіологічний фактор викликає захворювання).

Патогенність, хвороботворність

англ. Pathogenicity; рос. Патогенность, болезнетворность – видова генетична ознака мікроорганізму, що визначає ступінь, до якого патоген, тобто мікроорганізм, здатний викликати хворобу. За цією ознакою мікроорганізми поділяються на патогенні, умовно-патогенні та сапрофітні. Патогенність може бути виміряна відношенням кількості осіб, в яких розвинулася клінічна форма певного захворювання, до кількості осіб, експонованих даним збудником. Проте існує думка, що патогенність можна описати лише якісними ознаками. Специфічні дії патогенних мікроорганізмів є проявами їхньої боротьби за виживання.

Пацієнт, який не відповів на лікування, вакцинацію (невідповідач)

англ. Non responder to treatment, vaccination; рос. Пациент, не ответивший на лечение, вакцинацию – пацієнт без об'єктивної відповіді (вірусологічної, біохімічної) на лікування специфічними препаратами, або людина, в якій не виробляється імунна відповідь після вакцинації. Варто розрізняти справжніх невідповідачів (які отримали повний курс лікування і не мають очікуваної реакції організму) від помилкових невідповідачів (які через певні фактори не отримали повного курсу, дози або не дотримувалися рекомендованого режиму).

Первинна резистентність

англ. Primary drug resistance (transmitted resistance); рос. Первичная резистентность – генетична стійкість мікроорганізмів до лікарських препаратів. Первинна резистентність ВІЛ визначається як стійкість збудника до одного чи більше антиретровірусних препаратів у людини, яка раніше їх не вживала. Вважають, що вона пов'язана з прямою передачею резистентного штаму ВІЛ від ВІЛ-позитивної особи, яка пройшла лікування або на момент передачі знаходилася на АРТ. За деякими даними, первинна резистентність ВІЛ у країнах Північної Америки складає 1–11%, у країнах ЄС – 9–21%.

Передача від матері до дитини (ПМД)

англ. Mother-to-child transmission (MTCT); рос. Передача от матери ребенку (ПМР) – вертикальний шлях (див. стор. 21) передачі збудників інфекції.

Передача (збудника) інфекції

англ. Transmission of infection; рос. Передача (возбудителя) инфекции – сукупність механізму (див. стор. 113), шляхів (див. стор. 185) і факторів передачі збудників інфекції (див. стор. 175), що дозволяють йому проникнути до організму сприйнятливої людини (тварини).

Передача інтимному партнеру

англ. Intimate partner transmission; рос. Передача интимному партнеру – цим терміном описують передачу ВІЛ людям від їхніх постійних партнерів, які споживають ін'єкційні наркотики або мають сексуальні контакти з іншими людьми, у тому числі працівників секс-бізнесу. Повний термін – «передача ВІЛ через інтимні партнерські зв'язки».

Перепис

англ. Census; рос. Перепись – опитування всього населення, під час якого реєструють індивідуальні дані людей, у тому числі вік, дату народження, стать, національність, мову, сімейний стан, рівень освіти та ряд інших показників, включно ті, що стосуються здоров'я. Дослідження, в яких збирають інформацію не з вибірки, а від усіх представників генеральної сукупності, також проводять із застосуванням перепису.

127

Перехресна чутливість

англ. Cross sensitivity; рос. Перекрестная чувствительность – індивідуальна чутливість (непереносимість) до декількох лікарських препаратів, подібних за своєю хімічною структурою.

Перинатальна передача (трансмісія)

англ. Perinatal Transmission; рос. Перинатальная передача – передача збудника інфекції протягом *перинатального періоду* (антенатального – допологового, інтранатального – власне пологового, постнатального – 7 днів після пологів) – *див. Вертикальна передача, Передача від матері до дитини стор. 21.*

Перинатальної смертності показник

англ. Perinatal mortality rate; рос. Показатель перинатальной смертности – показник смертності у перинатальному періоді. Залежно від статистики природного руху населення у формулах для розрахунку показника використовують різні знаменники. У більшості розвинених країн:

$$= \frac{\begin{array}{l} \text{Кількість випадків смерті плода } (\geq 28 \text{ тижнів вагітності)} \\ + \text{кількість випадків постнатальної смерті (7 днів після пологів)} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Кількість випадків смерті плода } (\geq 28 \text{ тижнів вагітності)} \\ + \text{кількість випадків постнатальної смерті (7 днів після пологів)} \\ + \text{кількість живонароджених} \end{array}} \times 1000 (\%)$$

У країнах, де статистика є менш досконалою:

$$= \frac{\begin{array}{l} \text{Кількість пізніх випадків смерті плода } (\geq 28 \text{ тижнів вагітності)} \\ + \text{кількість випадків постнатальної смерті (7 днів після пологів)} \end{array}}{\text{Число живонароджених у поточному році дітей}} \times 1000 (\%)$$

128

Показник перинатальної смертності може бути загальний; також його розраховують відповідно до віку матері, її соціально-економічного становища тощо.

Підібрані пари

англ. Matched pairs; рос. Подобранные пары – варіант підбору учасників дослідження, в якому кожному суб'єкту експериментальної групи або групи випадків підбирають один або більше парних «контрольних» суб'єктів з аналогічними характеристиками (наприклад, тієї ж статі й віку). Важливо, щоб характеристики, за якими підбирають пари у дослідженні «випадок–контроль», не включали виміри потенційних факторів ризику, які треба оцінити в дослідженні.

Побічний ефект

англ. Side effect; рос. Побочный эффект – ефект, який відрізняється від бажаного або очікуваного, що з'явився в результаті застосування профілактичної, діагностичної чи терапевтичної процедури або лікування/схеми лікування. Побічний ефект не обов'язково є небажаним, шкідливим, навіть навпаки (наприклад, прояв імуномодельючої дії препарату, який первинно був призначений як протизапальний).

Поведінковий фактор ризику

англ. Behavioral risk factor; рос. Поведенческий фактор риска – особливості поведінки, пов'язані з підвищенням ризиком того чи іншого наслідку.

До поведінкових факторів ризику щодо інфікування ВІЛ відносяться споживання наркотичних препаратів шляхом ін'єкцій; нерозбірливість щодо сексуальних партнерів та небезпечні сексуальні практики; наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом; переливання нетестованої крові, її компонентів тощо.

129

Повідомлення

англ. Notification; рос. Сообщение, уведомление – процес інформування, наприклад, органів управління охорони здоров'я про випадки або спалахи захворювань.

Повідомлення про випадок (хвороби)

англ. Case notification; рос. Сообщение о зарегистрированном случае – повідомлення про виявлений випадок хвороби по інстанціях.

Повнота звітності

англ. Reporting completeness; рос. Полнота отчетности – відсоток дійсно отриманих звітів від усіх звітів, що очікувалися, – відсоток повноти звітності на конкретну дату.

Подвійний захист

англ. Dual protection; рос. Двойная защита – стратегія, що передбачає запобігання як незапланованої вагітності, так і зараження збудниками ІПСШ, у тому числі ВІЛ – використання двох заходів захисту: жіночих (або чоловічих) презервативів у поєднанні з іншими заходами контрацепції (пероральні або внутрішньоматочні протизаплідні засоби).

Подія, пов'язана зі здоров'ям

англ. Health event; рос. Событие, связанное со здоровьем – це будь-яка подія, що має відношення до здоров'я індивіда (захворювання, вакцинація, госпіталізація, початок або припинення пов'язаної зі здоров'ям поведінки тощо).

Позитивне здоров'я, гідність і профілактика

англ. Positive health, dignity, and prevention; рос. Позитивное здоровье, достоинство и профилактика – цей термін визначає рамки політики та програм профілактики ВІЛ-інфекції з точки зору дотримання прав людини – запобігання передачі ВІЛ розглядають як загальну відповідальність всіх осіб, незалежно від ВІЛ-статусу. Він має замінити такі терміни, як «позитивна профілактика» або «профілактика для людей з позитивним статусом»; охоплює стратегії з охорони сексуального здоров'я, уповільнення прогресування ВІЛ-інфекції та включає пропаганду індивідуального здоров'я, доступ до послуг у зв'язку з ВІЛ, послуг у зв'язку із сексуальним та репродуктивним здоров'ям, участь громадськості у вирішенні цих питань, інформаційно-пропагандистську діяльність тощо.

Показник у віковій групі

англ. Age-specific rate; рос. Показатель в возрастной группе – величина показника (захворюваність, смертність тощо) в певній віковій групі; чисельник і знаменник відносяться до однієї й тієї самої вікової групи. Виражають на 100, 1000, 10 000 тощо.

Показник вторинної ураженості

англ. **Secondary attack rate**; рос. **Показатель вторичной пораженности** – частка захворілих серед контактних осіб впродовж інкубаційного періоду після контакту з джерелом збудника інфекції по відношенню до загального числа контактів (%).

Показник захворюваності у віковій групі

англ. **Age-specific incidence rate**; рос. **Показатель заболеваемости в возрастной группе** – віковий показник захворюваності (відповідно до прийнятої вікової шкали) – **див. Показник у віковій групі стор. 130**. Розраховується за формулою:

$$= \frac{\text{Число нових випадків захворювання, зареєстрованих протягом певного часу у віковій групі}}{\text{Чисельність відповідної вікової групи на середину інтервалу часу}} \times 10^n$$

При оцінці показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію за віком прийняті такі інтервали: 15–19 років, 20–24 роки, 25–29 років, 30–34 роки і т.д.

Показник летальності –

див. Летальність стор. 107.

Показник смертності у віковій групі

англ. **Age-specific mortality rate**; рос. **Показатель смертности в возрастной группе** – віковий показник смертності (відповідно до прийнятої вікової шкали) – **див. Показник у віковій групі стор. 130**.

Розраховується за формулою:

$$= \frac{\text{Число смертей серед населення певної вікової групи за рік}}{\text{Чисельність відповідного населення на середину цього року}} \times 100\,000$$

Показник смертності, викликаной конкретною причиною

англ. **Cause-specific mortality rate**; *рос.* **Показатель смертности, вызванной конкретной причиной** – показник, який характеризує число смертей, що приписуються певній причині:

$$= \frac{\text{Число смертей, що приписують конкретній причині протягом даного періоду часу}}{\text{Чисельність групи населення на середину відповідного інтервалу часу}} \times 100\,000$$

Показники (індикатори) якості діяльності (епідеміологічного нагляду або звітності)

англ. **Surveillance and reporting performance indicators**; *рос.* **Показатели (индикаторы) качества деятельности** (епідеміологічного надзора или отчетности) – система конкретних заходів, що дозволяють оцінити, як функціонують різні учасники системи епідеміологічного нагляду або звітності; дозволяють кількісно оцінювати процес звітності (наприклад, повнота, своєчасність); заходи, прийняті у відповідь на інформацію (наприклад, відсоток досліджених випадків, розслідуваних спалахів); вплив протиепідемічних і профілактичних заходів на епідемічну ситуацію з конкретним захворюванням.

Політика охорони здоров'я, заснована на доказах (на наукових доказах)

англ. Evidence-informed policy-making; рос. Политика здравоохранения, основанная на доказательствах (на наукових доказах) – підхід до процесу прийняття політичних рішень у галузі охорони здоров'я з урахуванням інформації про кращі заходи, рішення та інтервенції, ефективність яких є науково обгрунтованою.

Політика у галузі охорони здоров'я

англ. Health policy; рос. Политика в области здравоохранения – сукупність прийнятих рішень з проведення втручань, метою яких є запобігання хвороб і смертей та покращення здоров'я населення.

Помилка, похибка

англ. Error; рос. Ошибка – неправильний або помилковий результат.

Помилка (похибка) випадкова

англ. Random error; рос. Случайная ошибка – частина варіабельності результатів виміру (експерименту, оцінки), що не залежить від впливу певного фактору, не передбачувана за величиною та спрямованістю, і пояснюється виключно випадковістю; випадкові помилки призводять до неточностей кількісної оцінки будь-якого зв'язку (асоціації). Основні джерела випадкових помилок в епідеміологічних дослідженнях – індивідуальні біологічні відмінності, процес відбору, неточність вимірювань. Зменшити випадкові помилки можна шляхом підвищення точності вимірів, застосування перевіреного інструментарію, навчання персоналу, збільшення масштабів дослідження (при цьому необхідно враховувати матеріально-технічне та фінансове забезпечення).

Помилка (похибка) систематична / Зсув, зміщення

англ. **Systematic error, bias**; рос. **Систематическая ошибка, смещение, сдвиг** – будь-яке відхилення (зміщення, зсув) результатів виміру або оцінки, отриманої у дослідженні, від істинного значення. Всі етапи наукового дослідження можуть бути джерелами систематичних помилок (похибок). Ідентифіковано понад 30 типів зміщення, які можна розподілити на три великі групи:

- помилка (похибка) відбору (*selection bias*) – помилки участі в дослідженні (*volunteer bias, participation bias*);
- порівняння різних популяцій призводить до неправильної інтерпретації даних через недооблік або завищену оцінку окремих факторів;
- помилки (похибки) інформації (*information bias*) – викликані неправильними вимірами захворювань і факторів, що можуть до них призвести: неоднакові можливості діагностики для різних груп; неточні й неоднакові виміри змінних; неоднакова пам'ять на минулі події в обстежених (*recall bias*); різна технологія збирання даних в окремих групах (*помилка інтерв'ю – interview bias*) тощо; до інформаційних помилок (похибок) можна віднести зміщення, пов'язані зі звітом: публікуються лише окремі рукописи, що містять позитивні (бажані) результати (*publication bias*); зміщення через неправильне віднесення об'єкта дослідження до категорії, до якої він не належить – неправильна класифікація (*misclassification*).

Популяція

англ. **Population**; рос. **Популяция**

- 1) Сукупність організмів одного виду, які тривалий час мешкають на одній території. Цей термін використовується в різних розділах біології, екології, демографії, медицині тощо.

- 2) Все населення даної території або країни загалом; кількість населення даної території.
- 3) В епідеміології – сукупність (генеральна сукупність – *див. стор. 36*) осіб (одиниць спостереження), поєднаних певними характеристиками, з яких відбирається вибірка і на яку можна поширювати результати і статистичні висновки, отримані на цій вибірці. Одиницями спостереження можуть бути не лише люди (тварини), а й організації, медична документація тощо.

Постконтактна (післяекспозиційна) профілактика (ПКП)

англ. Post-exposure prophylaxis (PEP); рос. Постконтактная профилактика (ПКП) – медичне втручання, спрямоване на запобігання розвитку інфекції після ймовірного контакту з джерелом збудника інфекції (ВІЛ, вірусів гепатитів В, С та ін.). У разі ризику інфікування ВІЛ для екстреної постконтактної профілактики надають першу медичну допомогу та призначають АРТ препарати. У подальшому для особи, яка мала контакт з джерелом ВІЛ, забезпечують консультування та тестування на маркери ВІЛ-інфекції, диспансерне спостереження й підтримку. Ймовірність запобігти зараженню ВІЛ максимальна, якщо ПКП розпочата в перші 24 години після контакту, переважно в перші дві години; розпочинати ПКП через 72 години після контакту і пізніше – вже недоцільно. Схема ПКП складається з 2–3 антиретровірусних препаратів (*див. стор. 10*), які необхідно приймати протягом 28 днів.

Розрізняють такі варіанти:

Постконтактна профілактика непрофесійного впливу (Н-ПКП) *англ. Non-occupational post-exposure prophylaxis; рос. Постконтактная профилактика в случае непрофессионального воздействия* – після контакту з джерелом ВІЛ, не пов'язаного з професійною діяльністю: будь-який випадковий одиничний прямий контакт з потенційно небезпечними біологічними рідинами людини-джерела у разі їх потрапляння на травмовану шкіру й слизові оболонки, під шкіру або безпосередньо у вену.

Постконтактна профілактика професійного впливу
англ. Occupational post-exposure prophylaxis; рос. Профилак-тика профессионального воздействия – проводиться після контакту з джерелом ВІЛ під час виконання професійних обов'язків (*див. Професійний вплив стор. 142*).

Потужність

англ. Power; рос. Мощность – статистична потужність – ймовірність відхилення нульової гіпотези (*див. стор. 39*), якщо вона дійсно хибна; ймовірність того, що в дослідженні буде знайдена статистично значуща відмінність, якщо ця відмінність дійсно існує. Потужність – поняття, протилежне помилці другого роду, дорівнює 1- β . Потужність дослідження аналогічна чутливості діагностичного тесту й обирається у діапазоні 80–95%. За більшого обсягу вибірки зазвичай більшою є й потужність.

136 Поширеність протягом життя

англ. Lifetime Prevalence; рос. Распространенность в течение жизни – відсоток осіб, у яких було виявлено захворювання або ознака будь-коли протягом їхнього життя (навіть впродовж незначного часу). Наприклад, поширеність вживання опіоїдних препаратів протягом життя – це відношення тих, хто будь-коли хоча б раз у житті вживав опіоїдні препарати, до тих, кому це запитання ставилося. Відповідно, у групі тих, від кого збирають інформацію, мають входити люди з цими характеристиками, для яких треба отримати оцінку поширеності; їхні характеристики мають відповідати критеріям відбору.

Поширеність за період

англ. Period Prevalence; рос. Распространенность за период – загальна кількість осіб, у яких було виявлено захворювання або ознака в будь-який момент протягом певного періоду часу.

Поширеність ВІЛ-інфекції за період у контексті ДЕН – показник, що ґрунтується на частоті виявлення антитіл до ВІЛ у зразках сироваток крові, зібраних з метою епіднагляду, за певний період часу.

Поширеність моментна / Поширеність точкова

англ. Point Prevalence; рос. Моментная распространённость – відсоток осіб, у яких є захворювання або ознака на певний момент часу (зазвичай у вибірці, яку було сформовано протягом відносно нетривалого часу).

Точкова поширеність ВІЛ-інфекції у контексті ДЕН – показник, що ґрунтується на частоті виявлення антитіл до ВІЛ у зразках сироваток крові, зібраних за невеликий період часу (наприклад, не більше, ніж 6 тижнів).

Працівник секс-бізнесу, син. Працівник комерційного сексу (РКС)

англ. Sex worker; рос. Работник секс-бизнеса – відповідно до визначення Керівництва UNAIDS з термінології (2011 р.) працівники секс-бізнесу – дорослі люди і молодь жіночої та чоловічої статі, а також трансгендерні дорослі і молодь старше 18 років, які на добровільній основі отримують гроші або товари в обмін на сексуальні послуги (регулярно або зрідка). Діти у віці до 18 років, які продають секс, вважаються жертвами комерційної сексуальної експлуатації (якщо не встановлено іншого статусу). Термін «працівник секс-бізнесу» не має передбачати судження, а підкреслювати лише робочі умови продажу сексуальних послуг.

Прийнятний ризик (допустимий ризик)

англ. Acceptable risk; рос. Приемлемый (допустимый) риск – ризик мінімальних негативних наслідків або ризик, ступінь якого значно нижче потенційної користі. Епідеміологічні дані стосовно прийнятного ризику, пов'язаного з різними медичними процедурами, можуть бути використані при прийнятті

лікарем рішень. Концепція допустимого ризику полягає у тому, що ризик не обов'язково повністю усувати, достатньо знизити його до прийнятного рівня. Величину прийнятного ризику визначають стандартно, як для абсолютного ризику (*див. стор. 152*) – співвідношенням кількості подій з небажаними наслідками, що вже відбулися, до максимально можливої їх кількості за конкретний період.

Природна історія хвороби / Природний розвиток хвороби

англ. Natural history of disease; рос. Естественное развитие болезни – хронологія прогресування захворювання від початку (або моменту контакту зі збудником інфекції) до одужання або смерті, якщо захворювання не стає об'єктом лікувальних або інших втручань.

Природна несприйнятливість

англ. Natural resistance; рос. Естественная невосприимчивость – природна резистентність до збудників окремих інфекційних хвороб, зумовлена комплексом структурних і метаболічних видових особливостей мікроорганізмів, що склалася філогенетично. Іншими словами, видоспецифічна природна несприйнятливість до інфекційного агента. Наприклад, людина від природи є несприйнятливою до вірусу імунодефіциту мавп.

Прихильність (до лікування)

англ. Adherence; рос. Приверженность (к лечению):

- 1) – міра (ступінь) дотримання пацієнтом інструкцій з прийому препаратів та приписаного йому лікарем режиму лікування. Термін відображає прагнення пацієнта почати лікування та його здатність приймати ліки в точній відповідності з приписами лікаря;

- 2) – ступінь відповідності поведінки хворого (щодо прийому препаратів, дотримання дієти та інших заходів зміни способу життя) рекомендаціям, отриманим від лікаря.

Прихильність до АРТ – здатність пацієнта приймати препарати відповідно до призначень лікаря і в необхідний час (дотримання режиму лікування). Високий рівень прихильності – прийом понад 95% доз препаратів.

Прихований резервуар ВІЛ / Латентний резервуар ВІЛ

англ. Latent HIV reservoir; рос. Скрытый резервуар ВИЧ – CD4 або інші клітини, інфіковані ВІЛ на попередніх стадіях розвитку інфекції, що знаходяться у спокої (клітини спокою), які не активно відтворюють ВІЛ. Такі резервуари можуть утворюватися під час первинної ВІЛ-інфекції. Незважаючи на зниження вірусного навантаження до рівня, що не визначається, латентні резервуари ВІЛ зберігаються, і в разі їх активізації ці клітини знову починають виробляти ВІЛ. Наявність таких резервуарів є причиною того, що АРТ не виліковує ВІЛ.

Причинно-наслідковий зв'язок / Причинність

англ. Causal link, Cause-and-effect relations; рос. Причинно-следственная связь, причинность – зв'язок між явищами, за якого одне з них (причина) за наявності певних умов породжує інше явище (наслідок), тобто зв'язок між причиною і наслідком. Якщо наслідок, як результат певної причини, у свою чергу, сам стає причиною і породжує новий наслідок і так далі, тоді це називається причинним рядом, або причинним ланцюгом.

Встановлення причинно-наслідкових зв'язків є центральною темою багатьох, перш за все епідеміологічних, досліджень. При вирішенні таких питань увага приділяється так званим критеріям причинності.

Прогностичне значення, Прогностична цінність діагностичного тесту

англ. Predictive value; рос. Прогностическое значение, прогностическая ценность диагностического теста – ймовірнісна величина, що характеризує діагностичну цінність тесту – відносна частота захворювання (стану), що досліджується, у пацієнта з відомим результатом діагностичного тесту. Розрізняють прогностичну цінність позитивного і негативного результату, які, з урахуванням чутливості (*див. стор. 182*) та специфічності (*див. стор. 161*) лабораторного (діагностичного, скринінгового) тесту, а також поширеності захворювання серед певного населення (групи населення), допомагають визначити ймовірність того, що людина є справді здоровою чи хворою. Опосередковано цей показник допомагає обрати тест, який буде найприйнятнішим для конкретної мети тестування. Показники прогностичної цінності відображають залежність результатів дослідження від поширеності інфекції в популяції та якісних характеристик використаних діагностиків (чутливості, специфічності).

Програма розповсюдження шприців з голками

англ. Needle-syringe programmes; рос. Программа распространения шприцов с иглами – програма, спрямована на підвищення доступності стерильного ін'єкційного інструментарію (для споживачів ін'єкційних наркотиків). Цей термін рекомендовано вживати замість терміну «програма обміну голок», оскільки «обмін» може бути пов'язаний з непередбаченими негативними наслідками порівняно з «розповсюдженням». Однак крім «розповсюдження» програми також мають передбачати можливості для безпечної утилізації використаного інструментарію.

Програми і політика в галузі сексуального і репродуктивного здоров'я

англ. Sexual and reproductive health programmes and policies; рос. Программы и политика в области сексуального и репродуктивного здоровья – програми, що передбачають такі послуги (але не обмежуються ними): послуги з планування родини; з охорони здоров'я матері й немовляти, запобігання небезпечних абортів та догляду після абортів; профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини (*див. стор. 126*); діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (*див. стор. 94*), у тому числі ВІЛ-інфекції, раку шийки матки та інших гінекологічних ускладнень; пропаганда сексуального здоров'я, у тому числі консультування з питань статевого життя; попередження насильства за статевими ознаками та боротьба з ним тощо.

Пропущені дані, пропущені значення

англ. Missing data; рос. Пропущенные данные, значения – дані, що можуть бути втрачені з ряду причин, пов'язаних та не пов'язаних з умовами дослідження: недосконалість методик, випадковості під час фіксації даних тощо; і чим більше масив даних, тим більша ймовірність зустрінути в ньому недоліки, у тому числі пропущені дані.

Суттєву роль пропущені дані відіграють у результатах соціологічних опитувань (*self-report*), причинами яких можуть бути несутимінність і неувважність інтерв'юера; самі респонденти не завжди можуть надати відповідь на запитання (важкі запитання або такі, що торкаються вкрай особистих тем); значний розмір анкети, заповнення якої втомлює респондента; відмова відповісти на запитання анкети тощо.

Розрізняють декілька варіантів пропущених даних залежно від того, скільки і яких даних не вистачає: 1) можуть випадати цілком окремі одиниці спостереження; 2) можуть бути відсутніми відповіді на окремі запитання; 3) у довготривалих дослідженнях деякі учасники можуть випадати після певного часу.

Пропущені дані можна також розділити на групи залежно від їхнього зв'язку з іншими даними: 1) дані пропущені випадково, тобто немає систематичного зв'язку між характеристиками респондентів та тим, пропущені у них дані чи ні; в цьому випадку наявність пропущених даних не вносить систематичних помилок у результати дослідження; 2) дані з більшою імовірністю пропущені у респондентів з певними характеристиками (наприклад, чоловіки частіше, ніж жінки, не відповідають на запитання, що стосуються депресії), але пропущені дані не мають зв'язку з рівнем змінної, яка пропущена (тобто, наприклад, чоловіки, які не відповідають на запитання про депресію, не є більш депресивними); 3) існує зв'язок пропущених даних з рівнем цих даних (наприклад, люди з вищим рівнем IQ частіше мають вищий рівень доходів, але з більшою імовірністю не відповідають про такий рівень доходів; люди, які не відповідають про ВІЛ-статус, з більшою імовірністю є ВІЛ-інфікованими). У двох останніх випадках неврахування пропущених даних або неврахування їх характеру може призводити до систематичних помилок у результатах дослідження.

142

Проблема пропущених даних потребує уваги дослідника на етапі підготовки інструментарію, збору даних та їх аналізу. Застосування комп'ютерних програм для збору даних дозволяє мінімізувати втрати інформації.

На етапі аналізу для встановлення пропущених даних застосовують процедуру, яка називається *imputation*. Чим вище кількість змінних, застосованих для цієї процедури, тим кращими можуть бути результати.

Професійний вплив /Експозиція (ВІА)

(англ. **HIV Occupational Exposure**; рос. **Профессиональная экспозиция (ВИЧ)**) – контакт з кров'ю або іншими біологічними рідинами, що можуть представляти небезпеку щодо інфікування ВІА (**див. Фактори передачі ВІА стор. 175**), внаслідок їх потрапляння на ушкоджену шкіру (травмовану, мацеровану) та слизові оболонки, а також під шкіру й безпосередньо у вену під час виконання професійних обов'язків. Абсолютний ризик інфікування ВІА через професійний контакт можна розрахувати за формулою:

$$\text{Ризик (\%)} = [\text{оцінюваний ризик випадкової експозиції кров'ю (іншими біосубстратами)}] \times$$

$$\times [\text{поширення інфекції в популяції (наприклад, серед обстежуваних пацієнтів)}] \times$$

$$\times [\text{ризик сероконверсії після експозиції}]$$

Професійний контакт із джерелом ВІЛ можливий для медичних працівників, а також для представників деяких інших професійних груп: пожежних, працівників правоохоронних органів, професійних спортсменів (контактні види спорту) та деяких інших.

Профілактика

англ. Prevention; рос. Профилактика; предотвращение – сукупність заходів, спрямованих на запобігання захворюванням та зміцнення здоров'я.

Профілактика первинна

англ. Primary prevention; рос. Первичная профилактика – комплекс медичних і немедичних заходів, спрямованих на запобігання захворюванням шляхом усунення причин та умов їх виникнення й розвитку, а також завдяки підвищенню стійкості організму до впливу чинників навколишнього природного, виробничого та побутового середовища, здатних викликати патологічні реакції.

Первинна профілактика ВІЛ-інфекції є масовою та орієнтованою на дітей, підлітків, молодь. Метою первинної профілактики є обмеження кількості випадків СНІДу та інфікування ВІЛ шляхом впливу на специфічні причинні фактори, що сприяють підвищенню ризику захворювання. На цьому етапі профілактики проводять масовий скринінг з використанням тест-систем ІФА та/або швидких тестів.

Профілактика вторинна

англ. Secondary prevention; рос. Вторичная профилактика – комплекс медичних, соціальних, санітарно-гігієнічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на раннє виявлення та уповільнення розвитку захворювання.

Вторинна профілактика ВІЛ-інфекції спрямована на раннє виявлення та специфічне лікування ВІЛ-інфекції та СНІДу. Для цього здійснюється пошуковий скринінг серед груп осіб, які мають фактори ризику інфікування ВІЛ. При виявленні ВІЛ-позитивних осіб проводять верифікацію їх діагнозу на базі регіональних центрів СНІДу з подальшою диспансеризацією, у межах якої визначається необхідний обсяг АРТ.

Профілактика третинна

англ. Tertiary prevention; рос. Третичная профилактика – комплекс медичних, соціальних, психологічних й інших заходів, спрямованих на запобігання погіршення перебігу та загострень, ускладнень і хронізації захворювань, обмежень життєдіяльності, що викликають дезадаптацію хворих в суспільстві, зниження працездатності, у тому числі інвалідизацію та передчасну смерть.

У контексті ВІЛ-інфекції/СНІДу третинна профілактика включає лікування та реабілітацію хворих, спрямовану на підвищення якості їхнього життя. В рамках третинної профілактики здійснюється диспансерне спостереження в центрах СНІДу.

Профілактика комбінована

англ. Combination prevention; рос. Комбинированная профилактика – поєднання поведінкових, біомедичних та структурних підходів до профілактики ВІЛ-інфекції для здійснення максимального впливу на зниження числа випадків передачі ВІЛ та інфікування.

Профілактика хвороб

англ. Disease prevention; рос. Профилактика болезней – система заходів, спрямованих на запобігання захворювань (наприклад, у випадку інфекційних захворювань – за допомогою вакцинації або боротьби з переносниками збудників інфекції). Зазвичай профілактика захворювань відбувається через вивчення та мінімізацію факторів ризику виникнення кожного окремого захворювання. Такі фактори можуть мати

характер біологічних, поведінкових, структурних. Оскільки виникнення таких факторів у різних груп людей також визначається певними факторами, як правило, соціальними, які фактично є причинами причин, на даний час у світі широко застосовують підхід соціальних детермінант здоров'я.

Профілактичний ефект АРТ

англ. Antiretroviral therapy prevention benefits; рос. Профилактический эффект антиретровирусной терапии – цей термін має відношення до вторинного профілактичного ефекту антиретровірусної терапії: АРТ знижує концентрацію ВІЛ (вірусне навантаження) у крові та виділеннях зі статевих органів ВІЛ-позитивної особи, що, у свою чергу, зменшує ризик передачі ВІЛ сприйнятливій особі, у тому числі передачі ВІЛ від матері до дитини (*див. стор. 126*). Така дія АРТ є основою підходу «Лікування як профілактика».

Процедура вибірки

англ. Sampling procedure; рос. Процедура выборки – при вибіркових дослідженнях це детальне описання способів формування основної та контрольної груп з позначенням використаного підходу.

Пряма передача

англ. Direct transmission; рос. Прямая передача – безпосереднє перенесення збудника інфекції від джерела сприйнятливому організму шляхом прямого контакту (*див. стор. 105*): торкання, кусання, поцілунки, сексуальний контакт або повітряно-крапельним шляхом через потрапляння крапель зі збудником в очі, носову або ротову порожнини (*див. Шляхи передачі стор. 185*).

Р

Рандомізація

англ. Randomization, син. Random allocation; рос. Рандомизация – процес випадкового розподілу людей у досліджувані групи (експериментальну й контрольну) в експериментальному вибірковому дослідженні (*див. стор. 69*). Не плутати з імовірнісною або випадковою вибіркою – коли шанси кожної особи потрапити чи не потрапити до вибірки є рівними. Рандомізацію проводять, щоб запобігти випадковому нерівномірному розподілу окремих факторів (передусім, конфаундерів).

Рандомізоване контрольоване випробування

англ. Randomized controlled trial (RCT); рос. Рандомизированное контролируемое испытание – експеримент, в якому учасників випадковим чином (шляхом рандомізації – *див. стор. 146*) розподіляють у досліджувану (група, в якій здійснюються певні експериментальні профілактичні або терапевтичні втручання) і контрольну групи з метою порівняння частоти виникнення конкретного наслідку (одужання, зникнення певних симптомів, покращення стану здоров'я, уповільнення прогресування хвороби, зменшення ризику небажаних наслідків тощо). РКІ – найбільш науково обґрунтований метод перевірки гіпотез в епідеміології.

Ранні попереджувальні індикатори резистентності (РПІ)

англ. Drug resistance early warning indicators; рос. Ранние предупреждающие индикаторы лекарственной устойчивости – перелік показників, регулярний моніторинг та оцінка яких дозволяють визначити, наскільки програми

надання АРТ сприяють оптимізації запобігання прогресуванню ВІЛ-інфекції.

Оскільки останніми роками ця тема швидко розвивається, запропоновані індикатори також переглядаються. У керівництвах та інших документах ВООЗ 2010 року й раніше наведено вісім індикаторів. Окремі документи поділяють їх на шість рекомендованих та два факультативних РПІ.

Рекомендовані РПІ:

РПІ 1. Практика призначення АРТ: (% призначення першої схеми АРТ відповідно до національних або ВООЗівських рекомендацій); цільовий показник – 100% охоплення осіб, які потребують АРТ; визначається в одномоментному (крос-секційному) дослідженні.

РПІ 2. Пацієнти, втрачені для подальшого спостереження протягом перших 12 місяців АРТ: цільовий показник – $\leq 20\%$; визначається в когортному дослідженні.

РПІ 3. Пацієнти, які продовжують отримувати АРТ першого ряду через 12 місяців від її початку: цільовий показник – $\geq 70\%$; когортне дослідження.

РПІ 4. Своєчасність отримання АРТ: (% пацієнтів, у яких 100% препаратів було прийнято вчасно протягом перших 12 місяців лікування АРТ або іншого вказаного періоду); цільовий показник – $\geq 90\%$.

РПІ 5. Дотримання графіка відвідувань, пов'язаних з АРТ: (% пацієнтів, які були присутні на всіх призначених зустрічах протягом перших 12 місяців лікування АРТ або іншого вказаного періоду); цільовий показник – $\geq 80\%$.

РПІ 6. Безперервність постачання лікарських препаратів: (% клінік з безперервним постачанням антиретровірусних препаратів протягом 12-місячного періоду); цільовий показник – 100%.

Факультативні РПІ:

РПІ 7. Прихильність до лікування: цільовий показник – $\geq 90\%$ осіб; оцінюється шляхом підрахування таблеток протягом обраного періоду часу (одномоментне дослідження) або стандартним методом оцінки прихильності до лікування протягом обраного періоду часу.

РПІ 8. Пригнічення вірусного навантаження через 12 місяців АРТ (в окремих документах наголошено на препаратах першого ряду) – % пацієнтів, які почали АРТ у даному закладі в обраний період часу, в яких вірусне навантаження складає <1000 копій/мл через 12 місяців АРТ (першого ряду); цільовий показник – $\geq 70\%$; когортне дослідження.

Документи ВООЗ починаючи з 2012 року рекомендують користуватися переглянutoю, скороченою та спрощеною системою показників, до яких додано шкалу, яка дозволяє оцінити успішність лікувального закладу (або всієї країни в цілому) щодо запобігання формування резистентності до препаратів АРТ. Кількість індикаторів було скорочено до п'яти, і до кожного індикатора додано кольорову інтерпретацію стану речей: червоний (низький результат, нижче необхідного рівня), жовтий (задовільний результат, поки не на бажаному рівні, але рухається до нього), зелений (відмінний результат, досягнення бажаного рівня).

	Ранній попереджувальний індикатор	Відповідний індикатор у переліку вище або індикатори UNGASS	Червоний	Жовтий	Зелений
1	Своєчасність отримання АРТ	РПІ 4	<80%	80–90%	>90%
2	Утримання під доглядом після 12 місяців АРТ	UNGASSno.24	<75%	75–85%	>85%
3	Безперервність постачання лікарських препаратів	РПІ 6	<100%		100%
4	Практика призначення препаратів (% призначення одного препарату (монотерапія) або двох препаратів)		>0%		0%
5	Пригнічення вірусного навантаження через 12 місяців АРТ	РПІ 8	<70%	70–85%	>85%

Реакція антиген-антитіло

англ. Antigen-antibody reaction; Реакция антиген-антитело – взаємодія антигену з антитілом *in vivo* або *in vitro*.

Реєстр

англ. Register; рос. Регистр – в епідеміології – масив даних про всі випадки захворювання або стани, пов'язані зі здоров'ям, у популяції.

Один із варіантів – **Реєстр за віком і статтю** – **англ. Age-sex register; рос. Регистр по возрасту и полу**.

Резистентність / Стійкість (до ліків)

англ. Drug resistance; рос. Резистентность (устойчивость) к лекарствам; лекарственная устойчивость (резистентность); устойчивость микроорганизмов к лекарственному препарату – стійкість мікроорганізмів до терапевтичних препаратів (а також до дезінфекційних засобів).

149

Резистентність (стійкість) набута / Резистентність (стійкість) вторинна

англ. Acquired resistance, Secondary resistance; рос. Приобретенная резистентность (устойчивость), вторичная резистентность (устойчивость) – стан, коли конкретний мікроорганізм набуває здатності протистояти дії конкретного протимікробного агента, до якого він був раніше чутливий. Це може бути результатом мутації генів, що беруть участь в нормальних фізіологічних процесах у клітинних структурах, наслідком придбання генів стійкості або комбінації обох механізмів. Основними механізмами вторинної стійкості вірусів до специфічних препаратів є формування і селекція мутацій в генах, що кодують ферменти, які беруть участь в метаболізмі антивірусних препаратів або є безпосередніми мішенями дії препаратів.

Резистентність ВІЛ до аналогів нуклеозидів (див. стор. 119) формується достатньо швидко. На цей час описано значну кількість мутацій в генах зворотної транскриптази, що призводять до формування мутацій стійкості; деякі з них опосередковують вибірккову стійкість до зидовудіну або інших аналогів нуклеозидів; інші сприяють формуванню перехресної резистентності до всіх відомих препаратів.

Стійкість ВІЛ до інгібіторів протеази також формується доволі швидко у результаті мутацій в генах ферменту. Так само відомі мутації, що призводять до резистентності до окремих інгібіторів, а також декількох препаратів.

Саме через значну набуту стійкість ВІЛ до антивірусних препаратів терапія ВІЛ-інфекції має бути комплексною і відповідати схемам попередження селекції мутацій резистентності.

Резистентність перехресна

*англ. **Cross resistance**; рос. **Резистентность (устойчивость) перекрестная*** – у загальнобіологічному сенсі це стійкість клітини (організму, мікроорганізму) до декількох різних зовнішніх агентів, навіть до тих, які на цю клітину (організм) ніколи не впливали, внаслідок змін, що відбулися після впливу на організм агента з подібною хімічною структурою або подібного ще якимось чином.

При терапії ВІЛ-інфекції феномен перехресної стійкості полягає у тому, що розвиток резистентності до одного препарату водночас може сприяти формуванню резистентності до іншого АРВ препарату, навіть якщо він ще не застосовувався.

Резистентність (стійкість) первинна

*англ. **Primary resistance, transmitted resistance**; рос. **Резистентность (устойчивость) первичная*** – генетично зумовлена стійкість мікроорганізмів до лікарських препаратів.

Первинна резистентність ВІЛ – це стійкість збудника до одного чи більше АРВ препаратів у людини, яка раніше ці препарати не вживала. Вважають, що вона пов'язана з прямою передачею

резистентного штаму ВІЛ від ВІЛ-позитивної особи, яка пройшла лікування або у цей час знаходиться на АРТ. За деякими даними, первинна резистентність спостерігається у 1–11% випадків у країнах Північної Америки та у 9–21% у країнах ЄС.

Реінфекція

англ. **Reinfection**; рос. **Реинфекция** – повторне зараження перехворілої людини (тварини) тим самим збудником після одужання.

Результати /Наслідки (в епідеміологічних дослідженнях)

англ. **Outcomes (in epidemiological studies)**; рос. **Исходы / Результаты** (в епидемиологических исследованиях) – зміни у стані здоров'я, що розглядаються як можливий наслідок впливу факторів, які вивчалися (це можуть бути, наприклад фактори ризику або терапевтичного втручання), але питання, чи пов'язаний наслідок з фактором, є предметом дослідження.

Ремісія

англ. **Remission**; рос. **Ремиссия** – стадія захворювання, при якій спостерігається зменшення (послаблення) симптоматики.

Ризик

англ. **Risk**; рос. **Риск** – очікувана ймовірність події (наприклад, хвороби, інфікування тощо), що може виникнути під впливом певного фактора (фактора ризику), а у вузькому сенсі ризик – це кількісна оцінка небезпеки.

У контексті ВІЛ-інфекції – це ризик контакту з джерелом збудника інфекції або ймовірність інфікування ВІЛ.

Ризик абсолютний

англ. **Absolute risk**; рос. **Абсолютный риск**: 1) ймовірність події у досліджуваній популяції; 2) ймовірність того, що у конкретної особи (пацієнта) певна подія (клінічний наслідок) виникне протягом певного періоду часу. Частіше цей показник використовують стосовно несприятливих наслідків, хоча він має сенс щодо будь-якої події.

Зниження абсолютного ризику

англ. **Absolute risk reduction, ARR**; рос. **Снижение абсолютного риска**: 1) величина, на яку знизився ризик розвитку захворювання завдяки усуненню або взяттю під контроль певного фактора; 2) у клінічній епідеміології – абсолютне зниження частоти несприятливих наслідків:

$$= [\text{частота наслідків у групі контролю}^1] - [\text{частота наслідків у групі втручання}^2]$$

152 1.неліковані особи; 2.ліковані особи

Відносний ризик (BP), Відношення ризиків, Відношення частот (рівнів частоти)

англ. **Relative risk (RR), Risk ratio**; рос. **Относительный риск, Отношение частот / Уровней частоты** – співвідношення двох ризиків.

- 1) Співвідношення ризиків розвитку захворювання або настання смерті в осіб, які зазнавали і не зазнавали впливу певного фактора ризику (експозиції) (*Відношення ризиків* – англ. *Risk ratio*; рос. *Относительный риск (ОР)*):

$$BP = \frac{\text{Ризик для осіб, які зазнавали вплив фактору}}{\text{Ризик для осіб, які не зазнавали вплив фактору (контрольна група)}}$$

Інтерпретація показників: $BP = 1$ – зв'язок відсутній; $BP > 1$ – позитивний зв'язок; $BP < 1$ – зворотний зв'язок.

- 2) показник, що вказує, у скільки разів показник вище серед осіб, які зазнали впливу, порівняно з тими, хто його не зазнавав (*Відношення частот* – англ. *Rate ratio*; рос. *Отношение частот /Уровней частоты*).

Зниження відносного ризику

англ. **Relative risk reduction, RRR**; рос. **Снижение относительного риска** – відносне зниження частоти несприятливих наслідків в результаті застосування певного втручання, визначається як зниження абсолютного ризику, поділене на рівень абсолютного ризику в контрольній групі:

$$RRR = \frac{\begin{array}{l} \text{[частота наслідків у групі контролю]} - \\ \text{[частота наслідків у групі втручання]} \end{array}}{\text{частота наслідків у групі контролю}} \times 100(\%)$$

Додатковий ризик

англ. **Excess risk**; рос. **Дополнительный риск** – додаткові випадки захворювання (патології), зумовлені впливом певного фактора ризику. Розраховується як різниця показників захворюваності або наслідків у осіб, які перебувають і не перебувають під впливом фактора, що вивчається (*на 10ⁿ експонованих осіб*).

Атрибутивний ризик

англ. **Attributable risk**; рос. **Атрибутивный риск** – випадки захворювання (патології), які можна віднести на вплив певного фактора ризику. Розраховується як абсолютний ризик і як фракція серед експонованої групи та серед усього населення. При розрахунку атрибутивного ризику варто враховувати, що зазвичай в неекспонованій групі певний рівень ризику існує, тому не можна відносити весь додатковий ризик на рахунок впливу даного фактора, тобто атрибутивний ризик менше, ніж додатковий на величину ризику неекспонованих.

Ризиків різниця

англ. Risk difference, рос. Разница рисков – абсолютна різниці між двома ризиками.

Рівень (показник, частота)

англ. Rate; рос. Уровень, показатель, частота – в епідеміології (демографії, статистиці) це означає частоту, з якою спостерігається подія у певній популяції за конкретний період часу.

Роки життя, скоректовані на інвалідність –

див. Індекс DALY стор. 92.

Своєчасність звітності

англ. Reporting timeliness; рос. Своевременность отчетности – індикатор, який характеризує роботу системи епіднагляду (*surveillance*) і може визначатися по-різному залежно від того, яку її частину він має характеризувати.

У частині, що стосується повідомлень про випадки захворювань, про які система первинної медичної допомоги має повідомляти органам охорони здоров'я, своєчасність звітності зазвичай визначається у днях затримки звітів. Якщо ця затримка стає великою або суттєво розрізняється за територіями, система збору інформації та прийняття рішень стає неспроможною працювати.

У частині, що стосується активного епіднагляду (*див. стор. 73*), своєчасність звітності може визначатися як доля усіх звітів, які очікуються, отриманих до певної дати (крайній термін подачі звітів).

Секс-бізнес

англ. Sex work; рос. Секс-бизнес – будь-яка угода між двома і більше особами, єдиною й кінцевою метою якої є статевий акт в обмін на матеріальну винагороду та для якого обов'язкові попередні переговори щодо ціни. Також прийнятими термінами є «комерційний секс», «секс за гроші» або «продаж сексуальних послуг».

Сексуальна орієнтація

англ. Sexual orientation; рос. Сексуальная ориентация – одна з природних якостей особистості, що полягає у спрямованості психоемоційної сфери людини та її сексуальних потреб на представників винятково протилежної (гетеросексуальність), винятково своєї (гомосексуальність) або обох біологічних статей (бісексуальність).

Сероепідеміологія

англ. Seroepidemiology; рос. Серозэпидемиология – епідеміологічні дослідження, засновані на масовому серологічному обстеженні зразків сироваток крові з метою (1) визначення рівня інфікованості, поширеності збудників інфекції в популяції (групі населення); (2) імунного стану щодо окремих керованих інфекцій; (3) виявлення латентних, субклінічних форм інфекційних хвороб; (4) застосування серологічних методів дослідження для вирішення епідеміологічних завдань: описові дослідження з визначення серопревалентності (*див. стор. 158*) інфекції в різних групах населення (популяціях); аналітичні дослідження, якщо поширеність антитіл вивчається у зв'язку з віком, статтю, географічним положенням, особливостями поведінки тощо.

Сероконверсійний період, період вікна, сероконверсійне вікно

англ. Seroconversion period (window period); рос. Сероконверсионный период, период окна, сероконверсионное окно – характеристика діагностичного тесту, період між інфікуванням і моментом, коли даний тест вже може виявити наявність інфекції, тобто коли збудник інфекції вже присутній в організмі, проте (у випадку серологічних тестів) специфічні антитіла ще не виявляються серологічними методами дослідження (негативна серологічна реакція). Проте у цей період людина вже є джерелом збудника інфекції.

Сероконверсія

англ. Seroconversion; рос. Сероконверсия – перехід негативної серологічної реакції у позитивну при визначенні антитіл до збудника інфекційної хвороби.

При ВІЛ-інфекції сероконверсія – поява антитіл до ВІЛ – відбувається протягом 3–12 тижнів після зараження (у 95% інфікованих осіб).

Серологічна діагностика, серодіагностика

англ. Serodagnosis; рос. Серологическая диагностика, серодиагностика – діагностика інфекційних захворювань за допомогою серологічних методів дослідження (*див. стор. 55*).

Серологічний епіднадгляд

англ. Serological surveillance, син. Serosurveillance; рос. Серологический эпиднадзор – епідеміологічний нагляд за інфекційними хворобами на основі виявлення специфічних імунологічних маркерів захворювання серед окремих груп або населення в цілому за допомогою серологічних методів дослідження. Часто цей термін використовують як синонім до визначення «**серологічний моніторинг**».

Серологічний моніторинг

англ. Serological monitoring; рос. Серологический мониторинг – моніторинг за епідемічним (епізоотичним) процесом та його прихованими компонентами (безсимптомні, латентні випадки захворювання), що передбачає обстеження різних груп населення (тварин) за допомогою серологічних методів дослідження на наявність специфічних серологічних маркерів збудника інфекції.

Серологічний статус

англ. Serologic status, син. Serostatus; рос. Серологический статус – загальний термін, що позначає присутність або відсутність серологічних маркерів (антитіл, антигенів збудника інфекції) у крові.

Серологічний тест (аналіз)

англ. Serological test; рос. Серологический тест – лабораторне обстеження, що дозволяє виявити маркери інфікування збудником інфекції (або маркери неінфекційного захворювання) у зразках сироваток/плазми крові людини (тварини).

Серонегативний

англ. Seronegative; рос. Серонегативный, сероотрицательный – стосується особи, результати тестування якої не свідчать про наявність серологічних маркерів інфікування збудником інфекції (специфічних антитіл, антигенів) – *див. ВІА-негативна особа стор. 29.*

Серопозитивний

англ. Seropositive; рос. Серопозитивный; сероположительный – стосується особи, результати тестування якої свідчать про наявність серологічних маркерів інфікування збудником інфекції (специфічних антитіл, антигенів) – *див. ВІА-позитивна особа стор. 29.*

Серопревалентність

англ. Seroprevalence; рос. Серопревалентность – частка людей, у яких виявлено серологічні маркери збудника інфекції серед групи населення.

Синдром

англ. Syndrome; рос. Синдром – група ознак або симптомів, які виникають одночасно або послідовно і характеризують стан, пов'язаний зі здоров'ям; може бути проявом певного захворювання.

Синдром набутого імунodefіциту (СНІД)

англ. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS); рос. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – стадія розвитку хвороби, зумовленої ВІА, що характеризується клінічними проявами, спричиненими глибоким ураженням імунної системи людини. Термінальна стадія ВІА-інфекції.

Система звітності

англ. Reporting system; рос. Система отчетности – сукупність показників і процесів їх збору, аналізу та передачі для прийняття рішень в будь-якій галузі. Такі системи можуть стосуватися безпеки, екології, бізнесу, фінансів, стану будь-яких об'єктів, що потребують моніторингу. На сучасному етапі такі системи зазвичай є електронними, тобто передбачають автоматичний збір та аналіз інформації. В контексті даного глосарію важливими є системи, що збирають інформацію стосовно захворювань або подій, пов'язаних зі здоров'ям (структура цієї системи залежить від епідемічної значимості захворювання і типу системи епіднагляду).

Система раннього попередження

англ. Early warning system; рос. Система раннего предупреждения – в епідеміологічному нагляді за захворюваннями це спеціальна процедура якомога ранішого виявлення будь-яких аномальних подій або відхилень від частоти певного явища, яке зазвичай спостерігається. Ця система має сенс лише тоді, якщо вона тісно пов'язана з механізмами прийняття рішень про екстрені заходи у відповідь.

Скринінг

англ. Screening; рос. Скрининг – обстеження з метою виявлення нерозпізнаних випадків захворювань (безсимптомних, латентних) або інших ознак, пов'язаних зі здоров'ям, шляхом використання тестів або інших процедур – обстеження людей, які не мають симптомів захворювання, для його раннього виявлення та лікування. Цільовою популяцією для проведення скринінгу є популяція «підвищеного ризику». Скринінг не застосовується для діагностики захворювань; цей методичний підхід («сортус») зовнішньо практично здорових осіб на тих, хто ймовірно хворий, і тих, хто ймовірно здоровий. Скринінг має сенс лише у тому випадку, коли виявлене захворювання (у тій стадії, в якій воно виявлене) можна лікувати і раніше розпочате лікування покращує прогноз.

Служби охорони здоров'я

англ. Health services; рос. Службы здравоохранения – служби, укомплектовані професійними працівниками медичного та пов'язаних профілів, покликані сприяти зміцненню, підтриманню або відновленню здоров'я та профілактиці, діагностиці й лікуванню хвороб.

СНІД-асоційований комплекс

англ. AIDS-related complex (ARC); рос. СПИД-ассоциированный комплекс – діагноз, який ставиться у випадку, коли пацієнт має будь-які загальні симптоми СНІДу без супутніх інфекцій та пухлин (що зустрічаються на пізніх стадіях захворювання), якщо більше двох з цих симптомів зберігаються протягом трьох і більше місяців на тлі відхилень більше ніж в двох показниках лабораторних досліджень крові (наприклад, лімфопенія, лейкопенія, тромбоцитопенія, анемія, знижена кількість Т-хелперів (*див. стор. 101*), знижений показник співвідношення кількості клітин CD4/CD8 тощо).

СНІД-індикаторні захворювання

англ. AIDS-defining condition; рос. СПИД-ассоциированные заболевания – захворювання, викликані умовно-патогенними мікроорганізмами, що асоціюються з останньою стадією СНІДу (23 нозологічні форми). Розрізняють дві категорії СНІД-індикаторних захворювань. До 1-ї категорії включено захворювання, наявність яких дозволяє діагностувати СНІД навіть без лабораторного підтвердження (грибкові ураження внутрішніх органів; вірусні інфекції – цитомегаловірусна інфекція, герпетична інфекція внутрішніх органів; пневмоцистна пневмонія; токсоплазмоз мозку та ін.). До 2-ї категорії відносять захворювання, виявлення яких дозволяє передбачити СНІД, але необхідне лабораторне підтвердження діагнозу (генералізовані форми мікозів, ураження головного мозку – ВІА-енцефалопатія, лімфоми, нетуберкульозні мікобактеріози тощо).

Специфічні антитіла

англ. **Specific antibodies**; рос. **Специфические анти-тела** – антитіла, що продукуються до конкретного антигену.

Специфічність

англ. **Specificity**; рос. **Специфичность** – одна з операційних характеристик діагностичних тестів (тест-систем): точність, з якою тест може підтвердити відсутність інфекції – імовірність того, що здорова особа за результатами тесту буде кваліфікована як здорова – частка людей без захворювання, в яких результат тесту негативний:

$$= \frac{\text{Число здорових осіб, визначених як здорові, за результатом тесту}}{\text{Число обстежених здорових осіб}} \times 100 (\%)$$

або

$$= \frac{\text{Число істинно негативних результатів}}{[\text{Число істинно негативних}] + [\text{Число хибнопозитивних}]} \times 100 (\%)$$

Співвідношення між результатами тесту і наявністю захворювання		
	Хвороба є	Хвороби немає
Позитивний результат тесту	Істинно позитивний	Хибно-позитивний
Негативний результат тесту	Хибно-негативний	Істинно негативний

Тест з високим показником специфічності буде давати мало хибно-позитивних результатів дослідження (*див. стор. 178*).

Специфічність системи епідеміологічного нагляду

англ. Surveillance specificity; рос. Специфичность системы эпидемиологического надзора – показник, який дозволяє кількісно оцінити, наскільки рідко система виявляє хибно-позитивні випадки захворювання:

$$= \frac{\text{Число осіб, визначених системою як такі, що не мають захворювання або фактору ризику}}{\text{загальне число всіх осіб, в яких відсутнє це захворювання або фактор ризику}} \times 100 (\%)$$

Співвідношення вигоди та витрат

англ. Benefit-cost ratio; рос. Соотношение выгод и затрат – відношення сумарних вигід до затрат з метою висновку щодо доцільності або успіху програми (втручання). Обидві величини мають бути виражені у грошовому вигляді.

Співвідношення числа смертей і випадків захворювання

англ. Death-to-case ratio; рос. Соотношение числа смертей и случаев заболевания – відношення числа смертей, спричинених певним захворюванням впродовж визначеного проміжку часу, до числа нових випадків цієї хвороби за той самий проміжок часу. Варто брати до уваги, що частина смертей, що входять у чисельник, може не входити до знаменника. Це поняття є близьким до показника летальності (case-fatality rate) – *див. стор. 107*; різниця полягає в тому, що один показник є співвідношенням, а інший – часткою, вираженою у відсотках.

Споживач ін'єкційних наркотиків (СІН)

англ. Injecting drug user (IDU); рос. Потребитель инъекционных наркотиков (ПИН) – особа, яка споживає немедичні наркотичні препарати в ін'єкційний спосіб. Останнім часом частіше застосовують термін «**Люди, які вживають наркотики**» – «**People who inject drugs – PWID**».

Спорадична захворюваність

англ. Sporadic disease occurrence; рос. Спорадическая заболеваемость – одиничні, не пов'язані між собою, не повсюдні та нерегулярні випадки захворювання.

Стандартизоване відношення інцидентностей / Стандартизований коефіцієнт інцидентності

англ. Standardized incidence ratio; рос. Стандартизированное отношение инцидентностей – відношення кількості нових випадків захворювання (або виникнення іншого стану, пов'язаного зі здоров'ям) у досліджуваній групі (популяції) до очікуваної кількості нових випадків, якщо б досліджувана група мала таку саму відносну інцидентність, що й стандартна популяція (*див. стор. 163*) або інша, яку використовують для порівняння.

Стандартна популяція

англ. Standard population; рос. Стандартная популяция – популяція з точно відомим складом за статтю і віком за результатами перепису населення або інших методик (наприклад, гіпотетична популяція). Стандартна популяція необхідна для стандартизації та порівняння показників, отриманих для декількох різних груп людей (країн, областей тощо). В якості стандартної популяції застосовують населення Європи (для порівняння показників європейських країн) або населення світу (для порівняння показників країн, що належать до різних континентів).

Стандартні запобіжні заходи / Універсальні запобіжні заходи

англ. Standard precautions, Universal precautions; рос. Стандартные меры предосторожности, универсальные меры предосторожности – на сьогодні більш вживаним є термін «стандартні запобіжні заходи», а не «універсальні запобіжні заходи» – це стандартні протиепідемічні

правила, які необхідно застосовувати повсюдно в сфері охорони здоров'я для зведення до мінімуму ризику контакту з патогенами (що передаються з кров'ю та іншими біологічними субстратами, передусім ВІЛ, віруси гепатитів В і С), наприклад, користування рукавичками, захисним одягом, масками, окулярами тощо, для попередження контакту з кров'ю, тканинами, іншими фізіологічними рідинами організму.

Статевий шлях передачі (сексуальна трансмісія)

англ. **Sexual transmission**; *рос.* **Половой путь передачи** – *див.* **Шляхи передачі** стор. 185.

Статистика

англ. **Statistics**; *рос.* **Статистика** – наука і практика збирання, сумачії та аналізу даних, що піддаються випадковим змінам.

Статистика охорони здоров'я

англ. **Health statistics**; *рос.* **Статистика здравоохранения** – зведені дані, які описують і підраховують ознаки, події, відносини, послуги, ресурси, наслідки та витрати, що мають відношення до здоров'я, хвороб та медичних послуг.

Статистична значущість

англ. **Statistical significance**; *рос.* **Статистическая значимость** – ступінь, за якого результат дослідження не може бути пояснений випадковістю. Традиційним порогом значущості є ймовірність не більше 0,05.

Стигма

англ. **Stigma**; *рос.* **Стигма** – спрощена, стереотипна думка про ту чи іншу суспільну групу або її представників; сприйняття особи чи соціальної групи крізь призму сконструйованих сус-

пільством упереджених уявлень (стереотипів), що полягають у поширенні (перенесенні) реальних чи уявних якостей такої соціальної групи на кожного її представника; приписування індивіду як реальному чи уявному члену певної групи соціально негативних рис, характеристик, що сприймаються як ганебні, принизливі. Якщо люди знаходяться під впливом стигми, результатом є дискримінація (*див. стор. 48*).

Субепідемія

англ. Subepidemic; рос. Субэпидемия – епідемії ВІЛ-інфекції в окремих країнах або регіональні епідемії зазвичай складаються з кількох варіантів перебігу епідемічного процесу, до якого більше залучені різні групи населення; такі епідемії виникають в різний час, відрізняються різним ступенем інтенсивності в окремих географічних регіонах, а також розвиваються різними темпами.

Субклінічна інфекція

англ. Subclinical infection; рос. Субклиническая инфекция – *див. Безсимптомная инфекция стор. 15.*

Суперінфекція

англ. Superinfection; рос. Суперинфекция – повторне зараження організму збудником інфекційної (паразитарної) хвороби на тлі незавершеного первинного захворювання, що часто спостерігається при малярії. Суперінфекція також розглядається з позиції розвитку резистентності до лікарських препаратів (антибіотиків, протівірусних препаратів) – повторне зараження в умовах незавершеного інфекційного процесу збудником, стійким до препарату, що застосовували для лікування первинної інфекції.

При ВІЛ-інфекції суперінфекція може спостерігатися у разі коінфікування різними штамами ВІЛ, що, у свою чергу, сприяє виникненню нових, резистентних штамів.

Супутнє захворювання

англ. **Concomitant disease**; *рос.* **Сопутствующее заболевание** – захворювання, що спостерігається у пацієнта, не пов'язане ані етіологічно, ані патогенетично з першим основним захворюванням і належить до іншої номенклатурної рубрифікації. Деякі автори вказують на те, що перше захворювання так чи інакше створює умови або для розвитку супутнього захворювання, або для того, щоб його було складніше діагностувати.

T

Тенденція (тренд)

англ. Trend; рос. Тенденция – спрямованість розвитку будь-якого явища, ознаки – тривала динаміка змін (збільшення, зменшення, варіабельність).

Тенденція довготривала

англ. Secular trend; рос. Долговременная тенденция – зміни за тривалий період часу, зазвичай роки, десятиріччя.

Тенденція епідемічна

англ. Epidemic trend; рос. Эпидемическая тенденция – напрям змін інтенсивності епідемічного процесу в багаторічній динаміці; характеризує стабілізацію, ріст та зниження захворюваності.

Тести для виявлення нещодавньої ВІЛ-інфекції / Тести для виявлення ранньої сероконверсії

англ. Assays for recent HIV-infection; рос. Тесты для выявления ранней ВИЧ-инфекции – лабораторні методики, за допомогою яких можна відрізнити недавню ВІЛ-інфекцію від тривало існуючої. До їх переліку відносяться методики чутливого/менш чутливого ІФА (**Sensitive/Less-sensitive enzyme immunoassay**); пропорційні тести (**Proportional assay, BED-CEIA**); тести, засновані на аналізі авідності (*див. стор. 5*) антитіл (**Avidity assays**); імунодомінантні тести (**Immunodominant assay, IDE-V3 assay**); тести на наявність антигену *p24*; визначення РНК ВІЛ; тести, що дозволяють виявляти антитіла класу IgG3 до анти-

гену *p24 ВІЛ (IgG3 anti-p24)*; лінійний імуноаналіз на кшталт Вестерн блоту (**Line immunoassay, INNO-LIA™ HIV I/II Score**). Всі ці тести мають свої переваги і недоліки, конкретну мету та «поле» застосування. Але в цілому найбільш використовуваними саме для виявлення недавньої ВІЛ-інфекції є перелічені нижче:

Sensitive/Less-sensitive enzyme immunoassay (EIA) – методика чутливого/менш чутливого (низькочутливого) імуноферментного аналізу – заснована на оцінці титру антитіл до ВІЛ (титр антитіл – величина, зворотна розведенню), величина якого зростає паралельно з тривалістю перебігу ВІЛ-інфекції та, відповідно, часу, що минув від моменту зараження. У зразках сироваток крові, отриманих на ранніх стадіях інфекції, титр специфічних антитіл низький, але достатній для позитивної реакції в ІФА за використання високочутливої тест-системи. При розведенні таких сироваток титр падає нижче межі чутливості методу і результат ІФА стає негативним. Для зменшення чутливості сироватки розводять (до 1:20000), а також зменшують час інкубації досліджуваних зразків з антигеном та ферментним кон'югатом. Якщо у розведеному зразку антитіла не виявляються, вважають, що зараження ВІЛ відбулося нещодавно; якщо реакція в ІФА залишається позитивною, це означає, що початковий титр антитіл був високим, тобто після інфікування пройшло багато часу. Цю методику застосовують у разі підтвердженого первинного результату тестування на антитіла до ВІЛ (за визначенням регламентом: імунний блот, комбінації тест-систем ІФА тощо).

Proportional assay (BED-CEIA) – пропорційні тести – тести, в яких використано розгалужений пептид, що включає *gp41* імунодомінантні послідовності з ВІЛ-1 підтипу В, Е, і D. Тест заснований на вимірюванні співвідношення частки ВІЛ-специфічних імуноглобулінів G (IgG) у сироватці людини до загальної кількості IgG. Застосовується принцип, відповідно до якого частка цих імуноглобулінів на початку інфекції нижча, ніж на більш пізніх стадіях інфекції, тобто співвідношення більше на ранніх стадіях ВІЛ-інфекції.

Avidity assays (Antigen Avidity Assay, Lag-Avidity EIA, Avidity-index IEA) – тести авідності (*дуб. стор. 5*) – засновані на аналізі авідності антитіл до ВІЛ, визначенні коефіцієнта авідності. Оцінка авідності дозволяє виявляти гостру інфекцію, диференціювати первинну

інфекцію та її рецидив, встановлювати діагноз гострої інфекції з використанням одного зразка сироватки крові. Після виявлення загального рівня антитіл до інкубаційної суміші додається денатуруючий реагент, що дозволяє відокремити антитіла з низькою спорідненістю до антигену (низькою авідністю) від антитіл із сильним зв'язком; наявність антитіл до ВІЛ з низькою авідністю (відповідно до розрахованого коефіцієнта) може свідчити про недавню ВІЛ-інфекцію, оскільки авідність збільшується з часом, що минув після зараження.

Техніко-економічне обґрунтування (визначення можливості проведення дослідження)

англ. Feasibility study; рос. Технико-экономическое обоснование – попереднє дослідження, за допомогою якого визначають, наскільки можна реалізувати на практиці ту чи іншу програму (проект). Це початкова фаза, на якій формулюються цілі й очікувані результати програми (проекту), доводиться необхідність і можливість їх досягнення, обґрунтовується вибір концепції проекту та його основних показників, визначається обсяг фінансування.

Варіанти:

- 1) розробка техніко-економічного обґрунтування проекту;
- 2) аналіз (технічної) здійсненності проекту.

Толерантність імунна

англ. Immune tolerance; рос. Толерантность иммунная – стан відсутності специфічної імунологічної реактивності (афективності) по відношенню до певного антигену (або перехресно реагуючого антигену), викликана попереднім контактом з цим антигеном. Розрізняють **природну**, що формується в ембріогенезі, і **набуту** толерантність. Природна толерантність – це здатність розпізнавати структури власного організму як «своїй». Набута імунна толерантність – відсутність реакції на чужорідний

агент після повторного контакту з ним через незрілість імунної системи або компрометацію імунної системи (застосування імунодепресантів, опромінення, будь-який імунодефіцитний стан). Толерантність також класифікують як центральну та периферійну залежно від того, вона розвивається на етапі формування клонів лімфоцитів у центральних органах імунної системи чи після їх переміщення на периферію.

Точний критерій (тест) Фішера

англ. Fisher's exact test; рос. Точный критерий (тест) Фишера – тест на наявність асоціації у чотирипільній таблиці даних (*див. Таблиця 2x2 стор. 58*), що базується на точному гіпергеометричному розподіленні частот у таблиці. Цей критерій оцінює точні ймовірності (не покладаючись на апроксимації Хі-квадрат розподілу Пірсона), коли очікувана кількість об'єктів спостереження в окремих групах невелика (детальніше: якщо очікувана кількість об'єктів хоча б в однієї з клітинок складає п'ять або менше).

Точність (виміру)

англ. Precision; рос. Точность – одна з характеристик якості виміру, що відображає близькість до нуля похибок вимірювання; величина, зворотна дисперсії результатів вимірювання.

Точність тесту

англ. Test accuracy; рос. Точность теста – доля правильних результатів тесту (істинно позитивних + істинно негативних) у загальній кількості отриманих результатів дослідження. Точність тесту суттєво залежить від того, якою є поширеність захворювання в окремій популяції.

Трансвестит

англ. Transvestite; рос. Трансвестит – особа, яка носить одяг протилежної статі, щоб випробувати тимчасове відчуття приналежності до протилежної статі. Трансвестит не обов'язково прагне здійснити необоротну зміну статі чи іншу хірургічну корекцію.

Трансгендерний (трансгендерна особа)

англ. Transgender; рос. Трансгендерный – особа, яка не відчуває гендерної приналежності до тієї статі, яку вона мала при народженні. Трансгендерні особи можуть бути чоловіками, які змінили стать на жіночу (з жіночою ж зовнішністю), або жінками, котрі змінили стать на чоловічу. Бажано стосовно таких осіб вживати займенники «він» чи «вона» відповідно до їхньої гендерної належності, тобто тієї, з якою вони себе отожднюють, а не з їхньою статтю від народження.

Транссексуал

англ. Transsexual; рос. Транссексуал – особа, яка знаходиться в процесі хірургічної корекції і/або гормонального лікування або пройшла хірургічну корекцію і/або отримала курс гормонального лікування з тим, щоб надати тілу риси, властиві статі, якій віддає перевагу.

Три «І»

англ. Three 'i's; рос. Три «и» – основні стратегії суспільної охорони здоров'я, спрямовані на зниження впливу туберкульозу на ЛЖВ, їх партнерів, членів родин та оточуючих – це профілактичне лікування ізоніазидом + інтенсивне виявлення активної форми туберкульозу + запобігання інфікуванню збудником туберкульозу.

Тріангуляція

*англ. **Triangulation**; рос. **Триангуляция*** – процедура, яка дозволяє у відносно короткі терміни узагальнити, класифікувати та проаналізувати розрізнені й суперечливі кількісні та якісні дані, отримані з різних джерел інформації (зокрема, застосовують при вивченні важкодосяжних груп). Спочатку визначається максимально великий перелік запитань, а потім із загального переліку виділяються ті, на які можна знайти відповіді (тобто дані, придатні для тріангуляції). Наступним етапом є збирання та узагальнення даних по кожному питанню з використанням максимально широкого кола можливих джерел (публікації в наукових виданнях і пресі, результати різних досліджень тощо). Потім уся інформація підсумовується і обираються наскрізні для всіх джерел висновки. Якщо дані підтверджуються кількома незалежними джерелами, то вони вважаються надійними. За необхідності формуються додаткові запитання або розширюється перелік можливих джерел інформації.

Управління ризиком (ризиками)

англ. Risk management; рос. Управление риском – діяльність із запобігання виникненню будь-яких небезпек або зведення несприятливих наслідків впливу будь-якого фактора ризику до мінімального рівня. Управління ризиком в епідеміології – пошук або вдосконалення засобів і методів запобігання виникненню епідемічного процесу або обмеження його масштабів у разі виникнення та розвитку. Кінцева мета управління ризиком – зведення до мінімуму епідеміологічного та соціально-економічного збитку від ймовірного впливу фактора ризику. Елементи управління ризиком:

- 1) оцінка ризику (характеристика ризику);
- 2) контроль за експозицією;
- 3) моніторинг ризику.

Уразливе населення, уразлива група населення

англ. Vulnerable population, vulnerable group; рос. Уязвимое население, уязвимая группа населения:

- 1) соціально та економічно не захищені групи населення, такі як біженці, переміщені особи, мігранти, безпритульні, етнічні меншини, люди з обмеженими доходами, люди похилого віку, люди з різними хронічними захворюваннями, особливо психічними, та інші групи, схильність яких до несприятливих соціальних, економічних або медичних факторів вища, ніж у населення в цілому;

- 2) групи осіб, у яких кожен має деякі спільні характеристики, що можуть позначитися на стані здоров'я (наприклад, відсутність щеплення у дітей, які були в контакті з поліовірусом; ослаблений імунітет в осіб, які мешкають на екологічно забруднених територіях тощо).

Уразливими групами населення щодо інфікування ВІЛ є підлітки, сироти, безпритульні діти, особи в місцях позбавлення волі, люди з обмеженими можливостями, мігранти та ін.



Фактор передачі (збудника інфекції)

англ. Route of transmission; рос. Фактор передачи (возбудителя инфекции) – елементи зовнішнього середовища, що забезпечують перенесення збудника інфекції від одного організму до іншого (повітря, їжа, вода, ґрунт, предмети побуту і виробництва, живі переносники).

Фактор ризику

англ. Risk factor; рос. Фактор риска – біологічний, природний, соціальний фактор (чинник), що визначає, сприяє або підвищує ймовірність ускладнення стану, пов'язаного зі здоров'ям (захворювання), або епідемічної ситуації. Фактори епідеміологічного ризику – це передумови ускладнення епідемічної ситуації – агент або обставина, вплив якої на епідемічну ситуацію визначає (викликає або підвищує) ймовірність її ускладнення (збільшення ризику виникнення або зростання кількості випадків захворювання).

Біологічні фактори епідеміологічного ризику – біологічні особливості популяцій збудника інфекції, переносника і хазяїна.

Природні («екологічні») фактори епідеміологічного ризику – елементи географічного середовища (рельєф, клімат, склад ґрунту тощо), що взаємодіють з паразитарною системою.

Соціальні фактори епідеміологічного ризику – демографічні чинники та соціально-економічні умови життя (роботи, побуту, відпочинку, медичної допомоги і т. ін.):

- демографічні (міграція населення, рівень народжуваності, смертності тощо);

- професійні – пов'язані з особливостями професійної діяльності (ризик професійного впливу ВІЛ для медичних працівників);
- побутові (скупченість, відсутність санітарних умов);
- технічні (аварії в системах водопостачання та каналізації, порушення правил виготовлення і реалізації продуктів харчування);
- поведінкові (*див. Фактор ризику поведінковий стор. 176*).

Фактор ризику поведінковий

англ. Behavioral risk factor; рос. Поведенческий фактор риска – особливість поведінки, пов'язана з підвищенням ризиком того чи іншого наслідку. Поведінкові фактори ризику щодо інфікування ВІЛ: безладні статеві стосунки, практика сексуальної поведінки високого ризику, ін'єкційне споживання наркотиків тощо.

176

Феномен айсбергу

англ. Iceberg phenomenon; рос. Феномен айсберга – термін, що застосовується стосовно частки хвороб, яка залишається нерозпізнаною і незареєстрованою – «підводна частина айсбергу»; виявлені випадки хвороби – «верхівка айсбергу». Сьогодні вираз «феномен айсбергу» активно застосовують для характеристики епідемічного процесу та рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію, парентеральні вірусні гепатити, передусім гепатит С.



Хазяїн (збудника інфекції)

англ. Host; рос. Хозяин (возбудителя инфекции) – людина, тварина, птах, членистоногі, в організмі яких підтримується існування збудника інфекції в природних умовах.

Хвороба, що спричинюється недостатністю (браком) будь-яких факторів

англ. Deficiency disease, син. Deficiency syndrome; рос. Болезнь, вызываемая нехваткой каких-либо факторов – наявність фізіологічної дисфункції внаслідок нестачі деяких нутрієнтів, найчастіше вітамінів або мінералів, необхідних для підтримання здоров'я. Нестача може виникати через недостатнє споживання, травлення, всмоктування або використання поживних речовин.

Хвороба, що підлягає реєстрації

англ. Notifiable disease; рос. Болезнь, подлежащая регистрации – хвороба, яка відповідно до правових вимог одразу ж після встановлення діагнозу має бути зареєстрована. Подання первинною ланкою охорони здоров'я до органів управління охороною здоров'я інформації про випадки таких захворювань є складовою функціонування епідагляду (*див. стор. 72*), а саме його пасивною складовою.

Хибно-негативний (результат тестування)

англ. **False negative**; рос. **Ложно-отрицательный** – негативність тесту за наявності хвороби – негативний результат тесту за наявності збудника інфекції в організмі обстежуваної особи.

Хибно-позитивний (результат тестування)

англ. **False positive**; рос. **Ложно-положительный** – позитивність тесту за відсутності хвороби – позитивний результат тесту за відсутності збудника інфекції в організмі обстежуваної особи; може стати причиною гіпердіагностики, якщо скринінговий тест застосовують як діагностичний.

Щоб запобігти отриманню хибно-позитивних результатів тестування на ВІЛ, передбачено алгоритм підтверджувальних (верифікаційних досліджень) за допомогою більш специфічних або альтернативних тестів.

Цензурування

англ. **Censoring**; рос. **Цензурирование** – вибування особи з проспективного дослідження за будь-яких чинників; процес виключення вибулих (померлих) пацієнтів з подальшого спостереження.

Цей процес відображається у процедурі аналізу виживання (*survival analysis*), в якому учасники, спостереження за якими припинилося, хоча в них не виникли наслідки, які цікавили дослідників, мають назву «цензурованих» (*censored cases*). Бажаючи враховувати, що «цензурування» не означає, що зібрана по цих учасниках інформація не береться до уваги.

179

Цільова група населення

англ. **Target group**; рос. **Целевая группа населения**:

- 1) Група осіб, щодо яких необхідно отримати уявлення.
- 2) Група осіб, для якої плануються втручання (дослідження, профілактичні заходи).

У дозорному епідеміологічному нагляді за ВІЛ-інфекцією – це групи людей, на яких спрямовано заходи втручання і для яких характерні певні моделі поведінки. До таких груп належать:

- *споживачі ін'єкційних наркотиків;*
- *працівники комерційного сексу;*
- *чоловіки, які мають статеві контакти з чоловіками;*
- *вагітні;*
- *пацієнти з симптомами ІПСШ (особи, які відвідують лікувально-профілактичні заклади зі скаргами та/або симптомами ІПСШ);*

- *особи, які утримуються у виправних установах;*
- *особи з груп «містків» (груп «провідників»).*

Цільовий показник

англ. **Outcome indicator**; *рос.* **Целевой показатель** – чітко сформульований бажаний наслідок від втручання (профілактичних заходів, програм зі зміцнення здоров'я тощо) до певного терміну часу.

Частота (виникнення) епідемій

англ. **Epidemic Disease Occurrence**; *рос.* **Частота (возникновения) эпидемий** – періодичність, з якою з'являються епідемії після їх згасання до спорадичного рівня. Періодичне підвищення захворюваності має місце при всіх інфекційних хворобах, але закономірний характер притаманний лише інфекціям, за яких захворюваність регулюється імунітетом (інфекції дихальних шляхів, передусім грип).

Частота події в експонованій групі (експериментальній групі)

англ. **Experimental Event Rate (ERR)**; *рос.* **Частота события в экспонированной группе (экспериментальной группе)** – частота події (наслідку) в групі, що зазнала впливу досліджуваного фактора в експериментальному дослідженні:

$$= \frac{\text{Число осіб у групі, в яких було виявлено певний наслідок}}{\text{загальне число осіб у групі}} \times 100 (\%)$$

Частота події в контрольній групі

англ. **Control event rate (CER)**; *рос.* **Частота события в контрольной группе** – частота події (наслідку) в групі контролю або групі порівняння експериментального дослідження.

Чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ)

англ. Men who have sex with men (MSM); рос. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами (МСМ) – особи чоловічої статі, які мають сексуальні контакти з особами чоловічої статі, незалежно від того, чи мають вони сексуальні контакти з жінками; незалежно від того, чи ототожнюють вони себе з геями (*див. стор. 35*) або бісексуалами. Незважаючи на наявність аббревіатури ЧСЧ (MSM), фахівці UNAIDS в останніх рекомендаціях щодо термінології по ВІЛ-інфекції рекомендують за можливості запобігати застосуванню аббревіатур для позначення таких осіб і вживати термін без скорочення.

Чутливість

англ. Sensitivity; рос. Чувствительность – одна з операційних характеристик діагностичних тест-систем – точність, з якою тест може вказувати на наявність патології – імовірність того, що хворий буде класифікуватися як хворий; це відсоток позитивних результатів тестів серед осіб, які мають захворювання, встановлене стандартними діагностичними методами:

$$= \frac{\text{кількість хворих, визначених як хворі, за результатами теста}}{\text{загальна кількість обстежених хворих}} \times 100 (\%)$$

або

$$= \frac{\text{Число дійсно (істинно) позитивних результатів тестування}}{[\text{Число істинно позитивних}] + [\text{Число хибнонегативних}]} \times 100 (\%)$$

Співвідношення результатів тесту і наявності захворювання		
	Хвороба є	Хвороби немає
Позитивний результат тесту	Істинно позитивний	Хибно-позитивний
Негативний результат тесту	Хибно-негативний	Істинно негативний

Тест з високим показником чутливості даватиме незначну кількість хибно-негативних результатів тестування (*див. стор. 178*).

Чутливість системи епіднагляду

англ. **Surveillance sensitivity**; рос. **Чувствительность системы эпиднадзора** – спроможність системи епідеміологічного нагляду виявити істинні випадки захворювання:

$$= \frac{\text{загальне число випадків, виявлених системою епіднагляду}}{\text{загальне число істинних випадків захворювання, виявлених за допомогою незалежного і більш комплексного діагностичного підходу}} \times 100 (\%)$$

III

Шанси

англ. Odds; рос. Шансы – відношення ймовірності того, що подія відбудеться, до ймовірності того, що подія не відбудеться – відношення ймовірності дійсного до ймовірності недейсного; розраховують за формулою: $= P/(1 - P)$, де P – ймовірність.

Відношення шансів

англ. Odds ratio (OR), син. Cross-product ratio, relative odds; рос. Отношение шансов – відношення двох шансів. Показник «відношення шансів» може слугувати виміром зв'язку в дослідженні «випадок–контроль» (*див. стор. 57*), а також у всіх інших епідеміологічних дослідженнях, де можна побудувати таблиці 2x2; він означає, у скільки разів особа з групи «випадок» у минулому мала більше шансів зазнати дії будь-якого фактора, ніж особа з групи «контроль». Наприклад, у дослідженні «випадок–контроль» окремо розраховуються шанси для «випадків» та «контролів», після чого оцінюються відношення шансів:

Для випадків: $= \frac{\text{Число осіб з групи «випадок», які не зазнали дії фактору}}{\text{Число осіб з групи «випадок», які зазнали дії фактору}}$

Для випадків: $= \frac{\text{Число осіб з групи «контроль», які зазнали дію фактору}}{\text{Число осіб з групи «контроль», які не зазнали дії фактору}}$

Швидкий тест (ШТ), швидкий простий тест, експрес-тест

англ. Rapid test, Simple/Rapid test (RST); рос. Быстрый тест, быстрый простой тест – серологічний тест на виявлення специфічних маркерів хвороби, постановка якого вимагає менше двох годин для отримання результату дослі-

дження без використання спеціального обладнання. Залежно від технології розрізняють такі ШТ: аглютинаційні; точкове імуноферментне зв'язування з використанням твердої основи; мембранні; імунохроматографічні. Аглютинаційні, мембранні та імунохроматографічні тести потребують значно менше часу для проведення аналізу, ніж тести з технологією точкового імуноферментного зв'язування.

Застосування ШТ розглядають як альтернативу класичного методу ІФА для визначення інфікованості ВІЛ, оскільки ці тести роблять тестування більш доступним для великих груп населення, а також в умовах обмежених ресурсів, сільських районах та інших місцях з обмеженим доступом. Швидкі тести застосовуються у дозорному епідеміологічному нагляді за ВІЛ-інфекцією при проведенні тестування зразків крові осіб із цільових груп.

Шлях передачі (збудника інфекції)

англ. Transmission Route, route of transmission; рос. Путь передачи (возбудителя инфекции) – сукупність факторів (факторів передачі), що забезпечують проникнення збудника інфекції у сприйнятливий організм в конкретних умовах місця і часу, реалізуючи механізм передачі.

Відповідно до факторів передачі шлях може бути водним, харчовим, контактно-побутовим тощо, реалізуватися у природних та штучних умовах.

Шляхи передачі ВІА

англ. HIV transmission route(s); рос. Пути передачи ВИЧ – передача ВІА від зараженої людини сприйнятливій людині може відбуватися природними і штучними шляхами. Природні шляхи – статевий (при гетеро- і гомосексуальних контактах) та вертикальний (від матері дитині); штучні шляхи – при медичних і немедичних парентеральних втручаннях. З медичних парентеральних втручань найбільш небезпечними є переливання крові, її компонентів і препаратів; з немедичних – споживання наркотичних препаратів шляхом ін'єкцій нестерильним інструментарієм.

ПОКАЖЧИК АНГЛІЙСЬКИХ ТЕРМІНІВ

А

AIDS-related complex (ARC)

AIDS-defining condition

AIDS response

Active case finding

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

Acquired resistance, Secondary resistance

Acquired immunity, *CUH*. Adaptive immunity

Active immunity

Active surveillance

Acceptable risk

**Acute HIV Infection (Primary HIV infection), *CUH*. Acute
retroviral syndrome**

Affinity of antibody

Allergic reaction

Alternative hypothesis

Analytic study

Analysis of variance

Analytic study

Adherence

Anonymous unlinked HIV testing

Anonymous HIV testing

Antigen

Antigenicity

Antibody response

Antigen-antibody reaction

Antiretrovirals (ARV)

Antiretroviral therapy (ART)

Antigen detection
Antibody
Age-specific rate
Aggregate Autoantibodies
Aggregate surveillance
Assays for recent HIV-infection
Association, relation
Asymptomatic HIV infection, *CUH*. Latent HIV infection
Asymptomatic infection, *CUH*. Latent infection
Avidity risk study, ecological study, correlation study
Autoimmune Disorders

B

Baseline data
Behavioral risk factor
Benefit-cost ratio
Behavior change
Behavioral risk factor
Biological-Behavioral Surveillance (BBS), Integrated
Biological-Behavioral Surveillance (IBBS), Biobehavioral
Surveillance of HIV
Biological Surveillance of HIV infection
Biostatistics
Birth cohort
Bisexual
Biased sample
Blind(ed) method, *CUH*. Masked method; Blind(ed) study
Blood-borne infection

C

Case
Case history, Clinical case history, Medical history
Case fatality rate
Case-based surveillance
Carrier
Case investigation form
Case management, Disease management
Case notification
Case series study
Case study, case report
Case-control study
Categorical data
Causal inference
Causal link, Cause-and-effect relations
Cause-specific mortality rate
Censoring
Census
Cluster
Clinical trial, *CUH*. Therapeutic trial
Clinical protocol, *CUH*. Clinical algorithm
Clinical manifestations
Coefficient of variation
Cohort
Coherence, epidemiologic
Coinfection
Cointervention
Combination therapy
Communicable period
Communicable disease, *CUH*. Infectious
disease, Contagious disease
Common source outbreak
Community-based surveillance
Comparison group, control group, referent group
Comprehensive HIV prevention, treatment, care,
and support

Concentrated HIV epidemic
Concomitant disease
Concurrent sexual partnerships
Confidence interval (CI)
Confidence limits
Contact, direct
Contagious period, *CUH*. Communicable period
Contaminated and non-sterile injecting equipment
Control event rate (CER)
Control of infections
Control of diseases
Control group
Convenience sample
Cost-effectiveness analysis
Counseling
Cross sensitivity
Cross resistance
Cross-sectional study, *CUH*. Prevalence study

D

Data
Death-to-case ratio
Deficiency disease, *CUH*. Deficiency syndrome
Demographics, *CUH*. Vital statistics
Demographic data
Dependent variable
Descriptive Epidemiology
Descriptive statistics
Descriptive study
Determinant
Dichotomous data
Direct transmission
Disability
Discrete data
Discordant couple

Discrimination
Disease prevention
Diseases subject to the regulations, quarantinable diseases
DNA (deoxyribonucleic acid)
DNA virus
Dried blood spots (tests), DBS
Drug resistance
Drug resistance early warning indicators
Dual protection

E

Early warning system
Efficacy
Effectiveness
Emerging infections, Emerging pathogens
Endemic area (country)
Endemic disease
Endemicity, Endemic
Enhanced Surveillance
Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA),
CUH. Enzymoimmunoassay
Epidemic
Epidemic Disease Occurrence
Epidemiological case definition
Epidemiological transition
Eradication (of disease)
Error
 β -Error
 α -Error
Equilibrium
Etiology, *CUH*. Aetiology
Evidence-based
Evidence-based medicine (EBM)
Evidence-based public health

Evidence-informed
Evidence-informed policy-making
Evaluation
Exploratory study
Experiment, experimental study
Experimental epidemiology
Experimental Event Rate (ERR)
Exposed
Exposure
Exposure category

F

False negative
False positive
Feasibility study
First generation HIV surveillance
Fisher's exact test
First line therapy
Follow-up study

191

G

Gay
Gender
Gender-specific
Generalizability
Generalized HIV epidemic
Generalized infection
Genotype
Geographical information system (GIS)
Global burden of disease
Gradient of infection
Good Clinical Practice (GCP)

H

Hard-to-reach groups
Harm
Harm reduction
Health event
Health policy
Health services
Health information
Health statistics
Heterogeneity
Heterosexual, Heterosexuality
High risk group
Highly active antiretroviral therapy (HAART)
HIV-negative
HIV-positive
HIV Surveillance
HIV Occupational Exposure
HIV-related diseases
HIV transmission route(s)
Homosexual, homosexuality
Horizontal transmission
Host
Human immunodeficiency virus (HIV)
Hyperendemic
Hypothesis

I

Iceberg phenomenon
Immunogen
Immunogenicity
Immune tolerance
Immunosuppressants, immunosuppressive drugs
Immunodeficiency

Immunocompetent
Immunocompetence
Immunologic test
Immune reactions
Immunosuppression
Inapparent infection, *CUH*. Asymptomatic infection
Incidence
Incubation period
Independent variable
Infection control
Infection source
Infectivity
Injecting drug user (IDU)
Informed consent
Internal quality control
Intimate partner transmission
Invasiveness

K

Key populations at higher risk of HIV
Killer cells

L

Laboratory confirmation
Laboratory surveillance
Latent infection
Latent HIV reservoir
Latent period (latency)
Life expectancy, *CUH*. Expectation of life
Lifetime risk of maternal death
Lifetime Prevalence

Likelihood ratio (LR)
Longitudinal study
Low-level HIV epidemic
Lymph nodes
Lymphocytes

M

Matched pairs
Maternal antibodies
Maternal mortality rate
Maternal mortality, maternal mortality ratio (MMR)
Mapping
Measure of association
Men who have sex with men (MSM)
Meta-analysis
Migration
Missing data
Mixed HIV epidemic
Modes of transmission of infection
Modification effect, Effect measure modification
Monitoring
Monoinfection
Monotherapy
Mother-to-child transmission (MTCT)
Multiple risk factors
Multilevel (multistage) sample
Multivariable (multivariate) modeling
Multivariable (multivariate) analysis

N

NARTIs *also* **NRTIs** – Nucleoside analog
reverse-transcriptase inhibitors
also **Nucleoside reverse transcriptase inhibitors**
Natural history of disease
Natural resistance
Needle-syringe programmes
Network sampling
Neuro-AIDS
NNRTIs – Non-nucleoside reverse-transcriptase inhibitors
Non-Adherence
Non responder to treatment, vaccination
Nosocomial infection / Hospital-acquired infection
Notifiable disease
Notification
Null hypothesis
Numerical, metric, interval data

195

O

Occupational post-exposure prophylaxis
Odds
Odds ratio (OR), *cuH*. Cross-product ratio, relative odds
Opioid substitution therapy (OST)
Opportunistic infection (OI)
Outbreak
Outcome
Outcome indicator
Outcomes (in epidemiological studies)

P

Palliative care
Pandemic
Parent population, general population
Passive immunity, *CUH*. Natural passive immunity,
Immediate passive immunity
Passive surveillance
Pathogen, Infectious agent
Pathogenicity
Pathogenesis
People living with HIV / Person(s) living with HIV
Perinatal Transmission
Perinatal mortality rate
Period Prevalence
Person-time
Persons eligible for antiretroviral treatment
Point Prevalence
Population
Population at risk
Population-based study
Positive health, dignity, and prevention
Post-exposure prophylaxis (PEP)
Potential years of life lost (PYLL)
Prevention
Power
Pre-exposure prophylaxis (PrEP)
Precision
Predictive value
Primary resistance, transmitted resistance
Primary drug resistance (transmitted resistance)
Primary prevention
Proportion of maternal deaths among deaths of women
of reproductive age
Programme integration
Prospective study(ies)

Q

Quality assurance
Quantitative estimation
Quantitative research

R

Random error
Random sample
Randomization, *CUH*. Random allocation
Randomized controlled trial (RCT)
Rapid test, Simple/Rapid test (RST)
Rate
Reporting completeness
Representative sample
Retrospective study
Research
Recruitment chain (in respondent-driven / chain-referral sampling)
Reinfection
Remission
Respondent-driven sampling (RDS)
Reporting system
Reporting timeliness
Register
Risk
Route of transmission
Routine surveillance (Case Reporting)

S

Sampling procedure

Safe sex (safer sex, protected sex)

Sample

Sampling variation

Screening

Second line therapy

Second generation HIV surveillance

Secondary attack rate

Secondary immunodeficiency

Secular trend

Self-report study **Observational study**, *CUH*.

Nonexperimental study

Sensitivity

Sentinel surveillance

Sentinel sites

Seroconcordant

Seroepidemiology

Seroprevalence

Sex worker

Sexual and reproductive health programmes and policies

Sexual orientation

Sexual transmission

Sexually transmitted infection (STI)

Side effect

Specific antibodies

Specificity

Sporadic disease occurrence

Statistical hypothesis

Stratified random sample

Standard population

Standardized incidence ratio

Standard precautions, Universal precautions

Statistics

Statistical significance

Stigma
Subclinical infection
Subepidemic
Superinfection
Suppressor cells (Ts), *CUH*. T-suppressor cells, Regulatory
T-cells
Surveillance
Surveillance and reporting performance indicators
Survival analysis
Syndrome
Systematic error, bias
Systematic sample

T

Target cells
Target group
Test accuracy
Third line therapy
Third generation HIV surveillance
Three 'i's
Time Location Sampling (TLS)
Transmission Route, route of transmission
Transmission of infection
Transvestite
Transgender
Transsexual
Treatment failure
Trend
Triangulation
T-helper cells, Th-cells

V

Variable

Validity

***p*-Value**

Viremia

Variance

Virulence

Virus

Vulnerable population, vulnerable group

Voluntary counseling and testing (VCT),

***CUH*. Client-initiated HIV testing and counselling (CITC)**

W

Western Blot (Immunoblot)

Z

Zero reporting

ПОКАЖЧИК РОСІЙСЬКИХ ТЕРМІНІВ

А

Авидность
Активное выявление случаев
Активный иммунитет
Активный эпидемиологический надзор
Аллергическая реакция
Альфа-ошибка
Анализ выживания
Анализ затрат и эффективности
Аналитическое исследование:
Анамнез эпидемиологический
Анамнез; история болезни
Анонимное несвязанное тестирование
Анонимное тестирование
Антиген
Антигенность
Антиретровирусные препараты
Антиретровирусная терапия (АРТ)
Антитела
Аутоантитела, аутоиммунные антитела
Аутоиммунные нарушения
Аффинность (аффинитет) антител

Б

Безопасный секс
Безсимптомная инфекция
Безсимптомная ВИЧ-инфекция
Бета-ошибка
Бисексуал
Биологический (биомедицинский) надзор за
ВИЧ-инфекцией
Биостатистика
Более безопасный секс
Болезнь, подлежащая регистрации
Болезнь, вызываемая нехваткой каких-либо
факторов
Борьба с инфекционными болезнями
Борьба с болезнями
Быстрый тест, быстрый простой тест

202

В

Валидность
Вариабельность выборочных результатов
Ведение случая, заболевания
Величина р-значения
Вертикальный путь передачи, вертикальная
передача
Вестерн Блот (Иммуноблот)
Виремия, Вирусемия
Вирулентность
Вирус
Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)
Вирусная нагрузка (ВН)
ВИЧ-отрицательный
ВИЧ-положительный

Внутрилабораторный контроль качества
Воздействие, экспозиция
Вторичный иммунодефицит
Выборка, выборочная совокупность:
Вывод о причинно-следственной связи
Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ)
Выявление антигена



Гей
Гендер
Гендерный
Генерализация / Обобщаемость
Генерализованная инфекция
Генеральная совокупность
Генотип
Геоинформационная система (ГИС)
Гетерогенность
Гетеросексуальный, гетеросексуальность
Гиперэндемический
Гипотеза
Глобальное бремя болезни
Гомосексуальный, гомосексуальность
Горизонтальная передача, горизонтальный путь
передачи
Градиент инфекции
Группа повышенного риска
Группа сравнения, контрольная, референтная группа
Гуморальный иммунный ответ

Д

Данные

Двойная защита

Действенность вмешательства

Демографические данные, демографические показатели

Демографическая статистика

Детерминант

Дискретные данные

Дихотомические данные

Дизайн исследования

Дискордантная пара

Дискриминация

Дисперсионный анализ

Дисперсия

ДНК (дезоксирибонуклеиновая кислота)

ДНК-содержащий вирус.

Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ), *син.* Тестирование на ВИЧ и консультирование по инициативе клиента

Доверительный интервал (ДИ)

Доверительные границы

Долговременная тенденция

Дополнительное вмешательство

Дозорный эпиднадзор, контрольно-выборочный эпиднадзор

Доказательная медицина (ДМ) или медицина, основанная на доказательствах

Доказательное здравоохранение

Доконтактная профилактика (ДКП)

Е

Естественное развитие болезни
Естественная невосприимчивость

З

Заразный (контагиозный) период
Заболевания, связанные с ВИЧ

И

Изменение поведения
Иммуноген
Иммуногенность
Иммунодепрессанты
Иммунодефицит
Иммунокомпетентный
Иммунологическая компетентность
Иммунологическая толерантность
Иммунологический тест
Иммунологические реакции
Иммуносупрессия, иммунодепрессия
Иммуноферментный анализ (ИФА)
Инаппарантная, бессимптомная инфекция
Инвазивность
Инвалидность
Индекс DALYs, годы жизни, скорректированные на инвалидность. Инкубационный период
Интеграция программ
Интегрированный биологически-поведенческий надзор за ВИЧ-инфекцией

Инфективность, инфекционность
Инфекционная болезнь
Инфекционный, заразный период
Инфекция, передающаяся половым путем (ИППП)
Инфекция, передаваемая через кровь
Информированное согласие
Инцидентность
Исследование
Истинно негативный
Истинно позитивный
Источник возбудителя инфекции
Исходные (отправные, базисные) данные
Исходы / Результаты (в эпидемиологических исследованиях)

К

206

Карта расследования случая заболевания
Картирование, Картографирование
Категория экспозиции
Кластер
Кластерный анализ
Клетки-киллеры
Клетки-мишени
Клетки-супрессоры, *сун.* Т-супрессоры, Тс-клетки
Клеточный иммунитет
Клиническое испытание
Клинический алгоритм, протокол
Клинические проявления
Когерентность эпидемиологическая
Когорта
Когорта новорожденных
Когортный эффект, эффект поколения
Коинфекция
Количественные, метрические, интервальные данные
Количественная оценка

Комбинированная терапия
Комплексные меры по профилактике, лечению,
уходу и поддержке в связи с ВИЧ
Консультирование
Контакт прямой
Контаминированный и нестерильный инъекционный
инструментарий
Контрольная группа, контроль

Л

Лабораторное подтверждение
Летальность
Латентная инфекция, *син.* Скрытая инфекция
Латентный период
Лимфатические узлы
Лимфоциты
Ложно-отрицательный
Ложно-положительный
Люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ)

207

М

Маркер риска
Материнская смертность
Материнские антитела
Медико-санитарное просвещение
Мера статистической свяи
Меры в ответ на СПИД
Мета-анализ
Метод сухой капли крови, сухая капля крови (СКК)
Механизм передачи возбудителя инфекции
Миграция
Множественные факторы риска

Многофакторное моделирование
Многофакторный анализ
Модификация эффекта, модификация меры эффекта
Моментная распространенность
Мониторинг / Постоянное наблюдение
Моноинфекция
Монотерапия
Мощность
Мужчины, имеющие половые контакты с
мужчинами (МСМ)

Н

Надлежащая клиническая практика
На основе подтвержденной информации
Население, подвергающееся риску
Неблагоприятный эффект
Нейро-СПИД
Неэффективность лечения
НИОТ – Нуклеозидные ингибиторы обратной
транскриптазы
ННИОТ – Ненуклеозидные ингибиторы обратной
транскриптазы
Нозокомиальная / Внутрибольничная / Госпитальная
инфекция
Носитель (возбудителя инфекции)
Нулевая отчетность

О

Обеспечение качества
Ожидаемая продолжительность жизни
Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)

Описательная статистика
Описательная эпидемиология
Оппортунистическая инфекция (ОИ)
Определение случая для эпиднадзора
Основанный на доказательствах
Основные группы населения с повышенным риском
заражения ВИЧ
Острая ВИЧ-инфекция (первичная ВИЧ-инфекция)
Отношение правдоподобия (ОП)
Отсутствие приверженности (к лечению)
Отчет по эпиднадзору
Оценивание, оценка
Ошибка

П

Паллиативная помощь
Пандемия
Параллельные половые партнерства
Пассивный иммунитет
Патоген / Патогенный микроорганизм / Возбудитель
болезни
Патогенез
Патогенность, болезнетворность
Пациент, не ответивший на лечение, вакцинацию
Первичная резистентность
Первичная профилактика
Передача от матери ребенку (ПМР)
Передача (возбудителя) инфекции
Передача интимному партнеру
Перекрестная чувствительность
Переменная
Перепись
Перинатальная передача
Побочный эффект
Поведенческий фактор риска

Подвергшийся воздействию
Подобранные пары
Позитивное здоровье, достоинство и профилактика
Показатель перинатальной смертности
Показатель в возрастной группе
Показатель вторичной пораженности
Показатель заболеваемости в возрастной группе
Показатель смертности в возрастной группе
Показатель смертности, вызванной конкретной
причиной
Показатели (индикаторы) качества деятельности
Политика здравоохранения, основанная на
доказательствах
Политика в области здравоохранения
Полнота отчетности
Поперечное (кросс-секционное), одномоментное
исследование
Популяционное исследование
Популяция
Постконтактная профилактика (ПКП)
Постконтактная профилактика в случае
непрофессионального воздействия
Потерянные годы потенциальной жизни (ППЖ),
потенциальное количество потерянных лет жизни
Потребитель инъекционных наркотиков (ПИН)
Приверженность (к лечению)
Приемлемый (допустимый) риск
Приобретенная резистентность (устойчивость),
вторичная резистентность (устойчивость)
Приобретенный иммунитет
Причинно-следственная связь, причинность
Прогностическое значение, прогностическая
ценность диагностического теста
Программа распространения шприцов с иглами
Программы и политика в области сексуального и
репродуктивного здоров'я
Продольное исследование (лонгитудинальное,
лонгитюдное)
Пропущенные данные, значения

Профессиональная экспозиция (ВИЧ)
Профилактика; предотвращение
Профилактика профессионального воздействия
Профилактический эффект антиретровирусной
терапии
Процедура выборки
Прямая передача
Путь передачи (возбудителя инфекции)
Пути передачи ВИЧ

Р

Работник секс-бизнеса
Разница рисков
Рандомизация
Рандомизированное контролируемое испытание
Ранние предупреждающие индикаторы
лекарственной устойчивости
Распространенность в течение жизни
Распространенность за период
Реакция антиген-антитело
Регистр
Резистентность (устойчивость)
Результат
Реинфекция
Ремиссия
Риск

211

С

Своевременность отчетности
Связь, ассоциация
Секс-бизнес

Сексуальная ориентация
Сероэпидемиология
Синдром
Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)
Система отчетности
Система раннего предупреждения
Систематическая ошибка, смещение, сдвиг
Скрининг
Скрытый резервуар ВИЧ
Службы здравоохранения
Случай
Снижение вреда
Событие, связанное со здоровьем
Сообщение, уведомление
Специфические антитела
Специфичность
Специфичность системы эпидемиологического
надзора
Соотношение выгод и затрат
Соотношение числа смертей и случаев
заболевания
СПИД-ассоциированный комплекс
СПИД-ассоциированные заболевания
Спорадическая заболеваемость
Стандартизированное отношение инцидентностей
Стандартная популяция
Стандартные меры предосторожности
Статистика
Стигма
Субэпидемия
Субклиническая инфекция – см. Безсимптомная
инфекция
Суперинфекция
Сопутствующее заболевание

Т

Тенденция
Тесты для выявления ранней ВИЧ-инфекции
Технико-экономическое обоснование
Толерантность иммунная
Точность
Точность теста
Точный критерий (тест) Фишера
Трансвестит
Трансгендерный
Транссексуал
Три «и»
Триангуляция
Труднодоступные группы
Т-хэлперы, хэлперные Т-клетки

213

У

Уровень, показатель, частота
Управление риском
Участки дозорного эпиднадзора, дозорные участки
Уязвимое население, уязвимая группа населения

Ф

Фактор передачи (*возбудителя инфекции*)
Фактор риска
Феномен айсберга

Х

Хозяин (возбудителя инфекции)

Ц

Целевая группа населения:

Целевой показатель

Цензурирование

Цепь рекрутинга (в выборке, управляемой респондентами)

Ч

Частота (возникновения) эпидемий

Частота события в экспонированной группе
(экспериментальной группе)

Частота события в контрольной группе

Человек, соответствующий критериям назначения
антиретровирусного лечения

Человеко-время

Чувствительность

Чувствительность системы эпиднадзора

Ш

Шансы

Эквilibриум / Равновесие
Эксперимент, экспериментальное исследование:
Эмерджентные, новые и вновь возникающие
инфекции, эмерджентные возбудители инфекции
Эндемическая / эндемическая местность
Эндемическая болезнь
Эндемичность, эндемия
Эпидемиологическая триада
Эпидемиологическое исследование
Эпидемиологический надзор, эпиднадзор
Эпидемиологический переход
Эпидемиология экспериментальная
Эпидемическая кривая
Эпидемическая болезнь
Эпидемическая вспышка (групповое заболевание),
вспышка
Эпидемия
Эпидемия ВИЧ-инфекции (стадии, фазы)
Эрадикация, Ликвидация, Искоренение
Этиология
Эффективность

ПОКАЖЧИК УКРАЇНСЬКИХ ТЕРМІНІВ

А

Авідність
Активне виявлення випадків (захворювання)
Алергічна реакція
Альфа-похибка
Аналіз виживання
Аналіз витрат і ефективності
Аналітичне дослідження
Анамнез епідеміологічний
Анамнез; історія хвороби
Анонімне незв'язане тестування (на ВІЛ)
Анонімне тестування
Антиген
Антигенність
Антиретровірусні препарати
Антиретровірусна терапія – АРТ (АРВТ)
Антитіла
Аутоантитіла
Аутоімунні порушення
Афінність (афінітет) антитіл

Б

Багатофакторне моделювання
Багатофакторний аналіз
Базові (початкові, відправні) дані
Безпечний секс (сексуальні практики)
Безсимптомна інфекція
Безсимптомна ВІЛ-інфекція
Бета-похибка
Більш безпечний секс
Біологічний (біомедичний) нагляд за ВІЛ-інфекцією
Біоповедінковий нагляд, інтегрований
біоповедінковий нагляд за ВІЛ-інфекцією
Біостатистика
Бісексуал
Боротьба з інфекційними хворобами
Боротьба з хворобами

217

В

Важкодосяжні групи
Валідність
Варіабельність вибірових результатів
Ведення (управління, менеджмент) випадку,
захворювання
Величина p / p -значення
Вертикальний шлях передачі (вертикальна
трансмісія)
Вестерн-Блот (Імуноблот)
Вибірка, вибірка сукупність
Визначення випадку для епіднагляду
Випадок
Висновок щодо причинно-наслідкового зв'язку
Високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ)

Виявлення антигену
Відношення правдоподібності (ВП)
Відсутність прихильності (до лікування)
ВІА-негативна особа
ВІА-позитивна особа
Віремія (вірусемія)
Вірулентність
Вірус
Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ)
Вірусне навантаження
Внутрішньолaborаторний контроль якості (ВЛКЯ)
Вплив / Експозиція
Вторинний імунодефіцит
Втрачені роки потенційного життя / Потенційна
кількість втрачених років життя

Гей
Гендер
Гендерний
Генералізація / Узагальнюваність
Генералізована інфекція
Генеральна сукупність
Генотип
Геоінформаційна система (ГІС)
Гетерогенність (результатів)
Гетеросексуальний, гетеросексуальність
Гіперендемичний
Гіпотеза
Глобальний тягар хвороби
Гомосексуальний, гомосексуальність
Горизонтальна передача (трансмісія),
горизонтальний шлях передачі
Гостра ВІА-інфекція (Первинна ВІА-інфекція), син.
Гострий ретровірусний синдром

Градiєнт iнфекцiї
Група підвищеного ризику
Група порівняння, контрольна група, референтна група

Д

Дані
Демографічна статистика
Детермінант
Джерело збудника інфекції
Дискордантна пара
Дискримінація
Дисперсійний аналіз
Дисперсія
Дієвість
Дійсно (істинно) негативний (результат тесту)
Дійсно (істинно) позитивний (результат тесту)
Ділянки дозорного епідеміологічного нагляду,
дозорні ділянки
ДНК (дезоксирибонуклеїнова кислота)
ДНК-вмісний вірус
Добровільне консультування і тестування (ДКТ), син.
Тестування на ВІЛ і консультування з ініціативи клієнта
Довірчий інтервал (ΔI)
Довірчі межі
Додаткове втручання
Дозорний епідеміологічний нагляд (ДЕН)
Доказова медицина (ДМ) / Медицина, заснована на
доказах
Доказова охорона здоров'я
Доконтактна профілактика (ДКП)
Дослідження

Е

Еквілібріум / Рівновага (у вибірці, яку спрямовують та реалізують респонденти)

Експеримент, експериментальне дослідження

Експозиція – *див.* Вплив

Емерджентні інфекції, емерджентні збудники інфекції

Ендемічна місцевість

Ендемічна хвороба

Ендемічність, ендемія

Епідеміологічна тріада

Епідеміологічне дослідження

Епідеміологічний нагляд

Епідеміологічний перехід

Епідеміологія експериментальна

Епідеміологія описова (дескриптивна)

Епідемічна крива

Епідемічна хвороба

Епідемічний спалах (групове захворювання), спалах

Епідемія

Епідемія ВІЛ-інфекції (стадії, фази)

Ерадикація, Ліквідація, Викорінення (хвороби)

Етіологія

Ефект модифікації (статистичної взаємодії)

Ефект несприятливий, шкода

Ефект побічний

Ефективність

З

Забезпечення якості

Заразний (контагіозний) період

Заснований на доказах, доказовий

За захворювання, пов'язані з ВІЛ

Заходи у відповідь на СНІД

Звіт за результатами епіднагляду

Зв'язок, асоціація
Зміна поведінки (у контексті ризику інфікування ВІЛ)
Змінна
Зниження (зменшення) **шкоди**

I

Імунітет активний
Імунітет гуморальний
Імунітет клітинний
Імунітет набутий
Імунітет пасивний
Імуноген
Імуногенність
Імунодепресанти
Імунодефіцит
Імунокомпетентний
Імунологічна компетентність
Імунологічна толерантність
Імунологічний тест
Імунологічні реакції
Імуносупресія / Імунодепресія / Пригнічення імунітету
Імуноферментний аналіз (ІФА)
Інапарантна, безсимптомна інфекція (форма інфекції)
Інвазивність
Інвалідність
Індекс DALY (Роки життя, скоректовані на інвалідність)
Інкубаційний період
Інтеграція програм
Інфективність (інфекційність)
Інфекційна хвороба
Інфекційний контроль
Інфекційний період, син. Заразний період
Інфекція, що передається статевим шляхом (ІПСШ)
Інфекція, що передається через кров
Інформована згода
Інцидентність

К

Карта, форма розслідування випадку захворювання

Картування

Категорія експозиції (впливу)

Кількісна оцінка

Кластер

Кластерний аналіз

Клінічне експериментальне випробування

Клінічний протокол (алгоритм)

Клінічні прояви

Клітини-кілери

Клітини-мішені

Клітини-супресори (Т-супресори)

Клітини-хелпери (Т-хелпери)

Когерентність епідеміологічна

Когорта

Когорта новонароджених

Когортний ефект, син. Ефект покоління

Коефіцієнт варіації

Коінфекція

Комбінована терапія, політерапія

Комплексні заходи з профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ

Конкордантна, сероконкордантна пара

Консультування

Контакт прямий

Контамінований і нестерильний ін'єкційний інструментарій

Контрольна група, контроль

Л

Лабораторне підтвердження

Ланцюжок рекрутингу (у вибірці, що спрямовується та реалізується респондентами)

Латентна інфекція / Прихована інфекція
Латентний період
Летальність
Лімфатичні вузли
Лімфоцити
Люди, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ)
Людино-час

М

Маркер ризику
Материнська смертність
Материнські антитіла
Медико-санітарне просвітництво
Мета-аналіз
Метод сухої краплі крові, суха крапля крові (СКК)
Механізм передачі збудника інфекції
Міграція
Міра статистичного зв'язку
Множинні фактори ризику
Моніторинг
Моноінфекція
Монотерапія

223

Н

Належна клінічна практика / Стандарт GCP
На основі підтвердженої інформації
Населення, яке піддається ризику
Наслідок, результат
Неефективність лікування (невдачі в лікуванні)
Нейро-СНІД
НІЗТ – Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази

**ННІЗТ – Ненуклеозидні інгібітори зворотної
транскриптази**
**Нозокоміальна / Внутрішньолікарняна / Госпітальна
інфекція**
Носій (збудника інфекції)
Нульова звітність

О

Описова статистика
Опіюдна замісна терапія (ОЗТ)
Опортуністична інфекція (ОІ)
**Основні групи населення з підвищеним ризиком
зараження ВІЛ**
**Особа, яка відповідає критеріям призначення
антиретровірусного лікування**
Особа, яка зазнала впливу, син. Експонована особа
Оцінювання / Оцінка
Очікувана тривалість життя

П

Паліативна допомога
Пандемія
Паралельні статеві партнерства
**Патоген / Патогенний мікроорганізм / Збудник
хвороби**
Патогенез
Патогенність, хвороботворність
**Пацієнт, який не відповів на лікування, вакцинацію
(невідповідач)**
Первинна резистентність
Передача від матері до дитини (ПМД)

Передача (збудника) інфекції
 Передача інтимному партнеру
 Перепис
 Перехресна чутливість
 Перинатальна передача (трансмісія)
 Перинатальної смертності показник
 Підібрані пари
 Побічний ефект
 Поведінковий фактор ризику
 Повідомлення
 Повнота звітності
 Подвійний захист
 Подія, пов'язана зі здоров'ям
 Позитивне здоров'я, гідність і профілактика
 Показник у віковій групі
 Показник вторинної ураженості
 Показник захворюваності у віковій групі
 Показник летальності – *див.* Летальність
 Показник смертності у віковій групі
 Показник смертності, викликаной конкретною
 причиною
 Показники (індикатори) якості діяльності
 Політика охорони здоров'я, заснована на доказах
 Політика у галузі охорони здоров'я
 Помилка, похибка
 Популяція
 Постконтактна (післяекспозиційна) профілактика
 (ПКП)
 Потужність
 Працівник секс-бізнесу, син. Працівник
 комерційного сексу (PKC)
 Прийнятний ризик (допустимий ризик)
 Природна історія хвороби / Природний
 розвиток хвороби
 Природна несприйнятливість
 Прихильність (до лікування)
 Прихований резервуар ВІЛ / Латентний
 резервуар ВІЛ

Причинно-наслідковий зв'язок / Причинність
Прогностичне значення, Прогностична цінність
діагностичного тесту
Програма розповсюдження шприців з голками
Програми і політика в галузі сексуального і
репродуктивного здоров'я
Пропущені дані, пропущені значення
Професійний вплив /Експозиція (BIA)
Профілактика
Профілактичний ефект ART
Процедура вибірки
Пряма передача

Р

226 Рандомізація
Рандомізоване контрольоване випробування
Ранні попереджувальні індикатори
резистентності (РПІ)
Реакція антиген-антитіло
Реєстр
Резистентність / Стійкість
Реінфекція
Результати /Наслідки (в епідеміологічних
дослідженнях)
Ремісія
Ризик
Рівень (показник, частота)
Роки життя, скоректовані на інвалідність –
див. Індекс DALY

С

Своєчасність звітності
Секс-бізнес
Сексуальна орієнтація
Сероепідеміологія
Синдром
Синдром набутого імунodefіциту (СНІД)
Система звітності
Система раннього попередження
Скринінг
Служби охорони здоров'я
СНІД-асоційований комплекс
СНІД-індикаторні захворювання
Специфічні антитіла
Специфічність
Специфічність системи епідеміологічного нагляду
Співвідношення вигоди з витратами
Співвідношення числа смертей і випадків
захворювання
Споживач ін'єкційних наркотиків (СІН)
Спорадична захворюваність
Стандартизоване відношення інцидентностей /
Стандартизований коефіцієнт інцидентності
Стандартна популяція
Стандартні запобіжні заходи / Універсальні
запобіжні заходи
Статевий шлях передачі (сексуальна трансмісія) –
див. Шляхи передачі
Статистика
Стигма
Субепідемія
Субклінічна інфекція
Суперінфекція
Супутнє захворювання

Т

Тенденція (тренд)
Тенденція довготривала
Тенденція епідемічна
Тести для виявлення нещодавньої ВІЛ-інфекції /
Тести для виявлення ранньої сероконверсії
Техніко-економічне обґрунтування (визначення
можливості проведення дослідження)
Толерантність імунна
Точний критерій (тест) Фішера
Точність (виміру)
Точність тесту
Трансвестит
Трансгендерний (трансгендерна особа)
Транссексуал
Три «І»
Тріангуляція

228

У

Управління ризиком (ризиками)
Уразливе населення, уразлива група населення

Ф

Фактор передачі (збудника інфекції)
Фактор ризику
Фактор ризику поведінковий
Феномен айсбергу

Х

Хазяїн (збудника інфекції)
Хвороба, що спричинюється недостатністю
(браком) будь-яких факторів
Хвороба, що підлягає реєстрації
Хибно-негативний
Хибно-позитивний

Ц

Цензурування
Цільова група населення
Цільовий показник

Ч

Частота (виникнення) епідемій
Частота події в експонованій групі
(експериментальній групі)
Частота події в контрольній групі
Чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками
(ЧСЧ)
Чутливість
Чутливість системи епіднагляду

Ш

Шанси
Швидкий тест (ШТ), швидкий простий тест, експрес-тест
Шлях передачі (збудника інфекції)
Шляхи передачі ВІА

Література

1. A Dictionary of Epidemiology (6th edition, 2014) // Miquel S. Porta, Sander Greenland, Miguel Hernán, Isabel Dos Santos Silva, John M. Last
2. A Guide to HIV/AIDS epidemiological and surveillance terms (Canadian AIDS Society (CAS) and the Centre for Infectious Disease Prevention and Control (CIDPC), Health Canada). – Available from: [http://www.cdn aids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/c421c153b3f1b8a1052573250067881e/\\$FILE/HIV%20Glossary.pdf](http://www.cdn aids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/c421c153b3f1b8a1052573250067881e/$FILE/HIV%20Glossary.pdf).
3. AIDSinfo Glossary of HIV/AIDS-Related Terms. – Available from: http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/glossaryhivrelatedterms_english.pdf.
4. Antiretroviral-Drug Resistance among Patients Recently Infected with HIV / Little S.J., Holte S., Routy J.-P. et al. // N. Engl. J. Med. – 2002.- Vol. 347 (6). – P. 385-394.
5. Brackertz N. Who Is Hard To Reach and Why? (ISR Working Paper, January 2007) [Institute for Social Research; Publications] / Swinburne University of Technology [on-line]. URL: <http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf>.
6. Brunham R.C. A general model of sexually transmitted disease epidemiology and its implications for control / R.C. Brunham, F.A. Plummer // Med. Clin. North Am. – 1990. – Vol. 74 (6). – P. 1339-1352.
7. Comparison of the avidity index method and the serologic testing algorithm for recent human immunodeficiency virus (HIV) seroconversion, two methods using a single serum sample for identification of recent HIV infections / E. Martró, B. Suligoi, V. González [et al.] // J. Clin. Microbiol. – 2005. – Vol. 43(12). – P. 6197-6199.
8. Correlates of unprotected sex with female sex workers among male clients in Tijuana, Mexico / S.M. Goldenberg, M. Gallardo Cruz, S.A. Strathdee [et al.] // Sex. Transm. Dis. – 2010. – Vol. 37 (5). – P. 319-324.

9. Dorak M.T. Common concepts in statistics / M. Tevfik Dorak. – Available from: <http://www.dorak.info/mtd/glosstat.html>
10. English-Russian Glossary of Key Terms on Vaccinology and Immunization (WHO, 2009). – 110 p. – Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/102172/E92773.pdf.
11. Estimating HIV Incidence in Populations Using Tests for Recent Infection: Issues, Challenges and the Way Forward / T.D. Mastro, A.A. Kim, T. Hallett [et al.] // J. HIV AIDS Surveill. Epidemiol. – 2010. – Vol. 2(1). – P. 1-14.
12. Estimating the Size of Populations at Risk for HIV. A joint UNAIDS/IMPACT/FHI workshop: Report and Conclusions. Family Health International (FHI), Arlington, VA, 2002. – Available from: <http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001873.pdf>.
13. Finer L.B. Sexual partnership patterns as a behavioral risk factor for sexually transmitted diseases / L.B. Finer, J.E. Darroch, S. Singh // Fam. Plann. Perspect. – 1999. – Vol. 31 (5). – P. 228-236.
14. Glossary of HIV/AIDS-related Terms (From the HIV/AIDS Treatment Information Service of the CDC). – Available from: <http://www.virology.net/ATVHIVGlossary.html>
15. Glossary of HIV/AIDS-Related Terms, 7th edition, October 2011 / U.S. Government Source for HIV/AIDS Medical Practice Guidelines, Clinical Trials, and Other Research Information. – Available from: http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/glossaryhivrelatedterms_english.pdf
16. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. – UNAIDS/WHO, 2007. – Available from: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241595568_en.pdf.
17. Heckathorn D. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations / D. Heckathorn // Social Problems. – 1997. – Vol.44 (2). – P. 174-199.
18. Heckathorn D. Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling / D. Heckathorn, M. Salgamik // Sociological methodology. – 2004. – Vol. 34. – P.193-239.
19. Hill A.B. The environment and disease: Association or causation // Proc. R. Soc. Med. – 1965. – Vol. 58. – P. 295-300.

20. HIV Voluntary Counselling and Testing: a gateway to prevention and care. – UNAIDS, 2002. – Available from: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc729-vct-gateway-cs_en.pdf.
21. Human immunodeficiency virus (HIV) antibody avidity testing to identify recent infection in newly diagnosed HIV type 1 (HIV-1)-seropositive persons infected with diverse HIV-1 subtypes / A. Chawla, G. Murphy, C. Donnelly [et al.] // J. Clin. Microbiol. – 2007. – Vol. 45(2). – P. 415-420.
22. Human immunodeficiency virus (HIV) antibody avidity testing to identify recent infection in newly diagnosed HIV type 1 (HIV-1)-seropositive persons infected with diverse HIV-1 subtypes 8/ A. Chawla, G. Murphy, C. Donnelly [et al.] // J. Clin. Microbiol. – 2007. – Vol. 45(2). – P. 415-420.
23. ISO/IEC/IEEE 24765:2010. Systems and software engineering – Vocabulary. – Электронный ресурс: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso-iec-ieee:24765:ed-1:v1:en>.
24. Karon J.M. The Analysis of Time-location Sampling Study Data [Ameri-can Statistical Association] // ASA. 2005 [on-line]. URL: <http://www.amstat.org/sections/srms/proceedings/y2005/Files/JSM2005-000306.pdf>.
25. Kish L. Survey sampling / Kish L. – New York: John Wiley & Sons, 1995. – 643 p.
26. Mayer G. Immunology – Chapter 7. Immunoglobulins, antigen-antibody reactions and selected tests. 2012.; Available from: <http://pathmicro.med.sc.edu/mayer/ab-ag-rx.htm>.
27. Murphy G. Assays for the detection of recent infections with Human Immunodeficiency Virus type 1 / G. Murphy, J.V. Parry // Eurosurveillance. – 2008. – Vol. 13 (36). – Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18966>
28. Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. WHO Definition of Palliative Care. WHO, 2007. : www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

29. Pearl J. Causal inference in statistics: An overview / Judea Pearl // Statistics Surveys. – 2009. – Vol. 3. – P. 96-146.
30. Pliskin J.S. Utility functions for life years and health status / J.S. Pliskin, D.S. Shepard, M. C. Weinstein // Operations Research. – 1980. – Vol. 28(1). – P. 206-224.
31. Protocol for the assessment of national communicable disease surveillance and response systems. Guidelines for assessment teams WHO/CDS/CSR/ISR/2001/2/EN. – Available from: http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_CSR_ISR_2001_2_EN/en/.
32. Revised Surveillance Case Definition for HIV Infection — United States, 2014. – Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/pre-view/mmwrhtml/rr6303a1.htm?s_cid=rr6303a1_e.
33. Rothenberg R.B. Temporal and social aspects of gonorrhea transmission: the force of infectivity / R.B. Rothenberg, J.J. Potterat // Sex. Transm. Dis. – 1988. – Vol. 15 (2). – P. 88-92.
34. Santos A.F. HIV Genetic Diversity and Drug Resistance / A.F. Santos, M.A. Soares // Viruses. – 2010. – Vol. 2. – P. 503-531.
35. Shields P.M. A playbook for researches methods. Integration conceptual frameworks and project management / P.M. Shields, N. Rangarajan. – USA: New Forum Press, 2013. – Available from: <http://education-portal.com/academy/lesson/purposes-of-research-exploratory-descriptive-explanatory.html>
<http://education-portal.com/academy/lesson/purposes-of-research-exploratory-descriptive-explanatory.html>.
36. Susser M.W. What is a cause and how do we know one? // Am. J. Epidemiol. – 1991. Vol. 133. – P. 635-648.
37. Terms, definitions, and calculations used in CDC HIV surveillance publications. – Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/statistics/recommendations/terms.html>
38. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies / E. Von Elm, D.G. Altman, M. Egger [et al.] for the STROBE Initiative // J. Clin. Epidemiol. – 2008. – Vol. 61(4). – P. 344-349.

39. Thomas J.C. The development and use of the concept of a sexually transmitted disease core / J.C. Thomas, M.J. Tucker // J. Infect. Dis. – 1996. – Vol. 174, Suppl 2. – P. S134-S143.
40. UNAIDS Terminology Guidelines (October 2011). – 40 p. – Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_en_0.pdf.
41. United Nations development programme evaluation office – Handbook on Monitoring and Evaluating for Results. – Available from: <http://web.undp.org/evaluation/documents/handbook/me-handbook.pdf>
42. Using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings: a systematic review / M. Malekinejad, L. Johnston, C. Kendall [et al.] // AIDS and Behavior. – 2008. – Vol. 12, S1. – P. 105-130.
43. When and how to use assays for recent infection to estimate HIV incidence at a population level. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance: Available from: http://www.who.int/diagnostics_laboratory/hiv_incidence_may13_final.pdf.
44. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization, 2013. – 269 p. – Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf?ua=1.
45. Андерсон Р. Инфекционные болезни человека. Динамика и контроль. / Р. Андерсон, Р. Мэй. – М.: Мир, 2004. – 783 с.
46. Андрейчин М.А. Епідеміологія: підручник / М.А. Андрейчин, В.С. Копча. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 382 с.
47. Аптон Г. Анализ таблиц сопряженности / Г. Аптон. – М.: Финансы и статистика, 1982. – 143 с.
48. Банержи А. Медицинская статистика понятным языком: вводный курс / А. Банержи. – М.: Практическая медицина, 2007. – 287 с.
49. Баринаова А.Н. Понятие о группах риска инфекций, передающихся половым путем, и вич-инфекции. Обзор литературы / А.Н. Баринаова // Семейный врач. – 2012. – Т. 16 (1). – С. 33-39.

50. Біостатистика / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, М.В. Голубчиков [та ін.] / За загальною редакцією В.Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.
51. Близнюк Л. Руководство по мониторингу и оценке в сфере ВИЧ/СПИДа для негосударственных некоммерческих организаций / Л. Близнюк, В. Жураковский, В. Коржю – Минск, 2014. – 91 с.
52. Быстрый совет: Антретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков. ВОЗ, 2010 г. – 28 с. – Электронный ресурс: http://www.who.int/hiv/pub/arv/rapid_advice_art_ru.pdf.
53. Вараксин А.Н. Статистические модели с коррелированными предикторами в экологии и медицине / А.Н. Вараксин, В.Г. Панов, Ю.И. Казмер. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та. 2011. – 92 с.
54. Вибіркове спостереження: Термінологічний словник / О.І. Черняк, Є.М. Жуйкова, О.В. Гончар [та ін.]. – К.: НТК статистичних досліджень, 2004. – 140 с.
55. Власов, В.В. Введение в доказательную медицину / В.В. Власов. – М.: Медиа Сфера, 2001. – 392 с.
56. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ. В помощь консультанту. – Киев, 2008. – Электронный документ: Режим доступа: http://www.hivmed.od.ua/published/dobrovolnoe_konsultirovanie_i_testirovanie_v_pomosh.pdf [Название с экрана].
57. Епідеміологічний глосарій CDC. – Режим доступу: <http://www.cdc.gov/excite/library/glossary.htm>.
58. Єріна А. М. Організація вибірових обстежень: навч. посіб. / А.М. Єріна – К.: КНЕУ, 2004. – 127 с.
59. Закон Украины от 06.04.2000 № 1645-III (1645-14) в редакции от 01.06.2012 «Про захист населення від інфекційних хвороб»
60. Иммунология: Словарь: Пер. с нем. / Карл Дреслер; Предисл. А.Е. Вершигоры. – К.: Вища школа, Головное изд-во, 1988. – 244 с.
61. Кендалл М.Дж. Статистические выводы и связи / М.Дж. Кендалл, А. Стьюарт. – М.: Наука, 1973. – 899 с.

62. Клинические испытания лекарств. 2-е изд., перераб. и доп. / Мальцев В.И., Ефимцева Т.К., Белоусов Ю.Б., Коваленко В.Н. (ред.). – Киев: МОРИОН, 2006. – 456 с.
63. Кокрен У. Методы выборочного исследования / У. Кокрен. — М.: Статистика, 1976. – 440 с.
64. Корнышева Е.А. Эпидемиология и статистика как инструменты доказательной медицины / Е.А. Корнышева, Д.Ю. Платонов, А.А. Родионов, А.Е. Шабашов; издание второе исправленное и дополненное. – Тверь, 2009. – 80 с.
65. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ. Протокол 1. Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков. Внесенные изменения 18 июля 2008. – Электронный ресурс: http://med.antiids.org/files/WHO_protocols/Protocols_update_1_RUS.pdf.
66. Методические рекомендации к проведению очно-заочного цикла тематического усовершенствования врачей. Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих психоактивные вещества / Т.А. Бузина, Т.В. Воробьева, В.Н. Колесова [и др.]. – М., 2010. – 165 с.
67. Методологическое руководство по мониторингу и оценке ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия. Второе издание, январь 2006 г. – 72 с. – Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/unaid/2004/a85537_rus.pdf?ua=1.
68. Методологічні положення з підготовки стандартних звітів щодо якості результатів державних вибірових обстежень населення (домогосподарств). – К.: Державний комітет статистики України, 2008. – 92 с.
69. Моисеев С.П., Савинкова Ю.К. Выборка, направляемая респондентом, в онлайн-опросе: к вопросу о динамике и качестве // Мониторинг общественного мнения. – 2014. – 6 (124). – С. 42-50.
70. Мохов О.И. Методология планирования клинических исследований / О.И. Мохов, Д.Ю. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2001. – № 1. – С. 8-20.

71. Национальные Программы по СПИДу. Руководство по показателям мониторинга и оценки национальных программ профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодежи. – Режим доступа: http://who.int/hiv/pub/me/nayoungpeople_ru.pdf
72. Нетесова И.Г. Внутривлабораторный контроль качества не количественных методов ИФА: информационно-методическое пособие / И.Г. Нетесова, М.Р. Бобкова. – Новосибирск: Вектор-Бест, 2011. – 20 с.
73. Обрядина А.П. Авидность антител в диагностике инфекционных заболеваний / А.П. Обрядина, Е.О. Копнина // «Медлайн Экспресс» – 2006. – №1. – С.64-68.
74. Описательная статистика и проверка нормальности распределения количественных данных / А.В. Субботина, А.М. Гржибовский // Экология человека. – 2014. – № 2. – С. 51-57.
75. Основы доказательной медицины. Учебное пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей /Под общей ред. Р.Г. Оганова. – М.: Силиция-Полиграф, 2010. – 136 с.
76. Петри А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Сэбин. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 144 с.
77. Платонов А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии / А.Е. Платонов. – М.: Изд-во РАМН, 2000. – 51 с.
78. Покровский В.И. Энциклопедический словарь медицинских терминов. М.: Медицина, 2005. – 1591 с. – Электронный ресурс: <http://www.booksmed.com/sudebnaya-medicina/692-yenciklopedicheskiy-slovar-medicinskix-terminov.html>.
79. Порядок проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень. Форми первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкції щодо їх заповнення. Затверджено наказом МОЗ України №1141 від 21.12.2010 р., із змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ №718 від 17.09.2012 р. – Київ, 213. – 125 с.
80. Расчет и анализ статистических показателей (индикаторов). Методические рекомендации / Н.М. Исатаева, Г.К. Ситказинова, С.А. Валиева, М.Д. Сагиндыкова, Т. Марденов. – Астана, 2011. – 32 с.

81. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных / О.Ю. Реброва. – М.- 2003. – 305 с.
82. Риски и их оценка в медико-биологических исследованиях. Методические рекомендации / Максимов С.А., Зинчук С.Ф., Давыдова Е.А., Зинчук В.Г. – Кемерово: КемГМА, 2010. – 28 с.
83. Руководство ЕВРАХИМ/СИТАК «Количественное описание неопределенности в аналитических измерениях», второе издание. Пер. с англ. Р.А.Кадиса, Г.Р.Нежиховского, В.Б.Симины под ред. Л.А. Конопелько. – Санкт-Петербург, 2002. – 141 с.
84. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Июль 2014 г. – 164 с. / WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. – Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/270402/Consolidated-guidelines-on-HIV-key-populationsR.pdf?ua=1&ua=1
85. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здоровья здравоохранения. – 313 с. – Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/248298/Consolidated-Guidelines-Rus.pdf?ua=1
86. Сергиенко В.И. Математическая статистика в клинических исследованиях / В.И. Сергиенко, И.Б. Бондарева. – м.: Гэотар Медицина, 2000. – 256 с.
87. Серпик В.Г. Теоретические основы биостатистики при проведении фармакоэкономических исследований // Фармакоэкономика. – 2009. – Т. 2, №2. – С. 9-14.
88. Словарь основных эпидемиологических терминов // Междунар. журн. мед. практики. – 2005. – № 1. – С. 75-78.
89. Сырцова Л.Е. Основы эпидемиологии и статистического анализа в общественном здоровье и управлении здравоохранением. Учебное пособие для ординаторов и аспирантов / Л.Е. Сырцова, И.И. Косаговская, М.М. Авксентьева. – М., 2003. – 91 с.
90. Тюсова О.В. Формирование выборки в социально-эпидемиологических исследованиях / Журнал социологии и социальной антропологии. – 2007. – Том X, № 1. – С. 199-203.

91. Филиппенко Н.Г. Методические основы проведения клинических исследований и статистической обработки полученных данных. Методические рекомендации для аспирантов и соискателей медицинских ВУЗов / Н.Г. Филиппенко, С.В. Поветкин. – Курск, 2010. – 26 с.
92. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М.: Медиа Сфера, 2004. – 352 с.
93. Черкасский Б.Л. Риск в эпидемиологии / Б.Л. Черкасский. – М.: Практическая медицина, 2007. – 480 с.
94. Черкасский Б.Л. Эпидемиологический словарь / Б.Л. Черкасский. – М., 2001. – 84 с.
95. Шальнова С.А. Как описывать результаты наблюдательных эпидемиологических исследований / С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2011. – Т. 7(2). – С. 133-136.
96. Эмпирическая социология: учеб. пособие / сост. Л.А. Мироненко – Комсомольск-на-Амуре: ФГБОУ ВПО «КНАГТУ», 2013. – 176 с.
97. Эпидемиологический словарь (Под редакцией Джона М. Ласта для Международной эпидемиологической ассоциации, 2001). 4-е издание. – М., 2009. – 316 с.
98. Эренштайн В. Исследования типа случай – контроль / В. Эренштайн // Междунар. журн. мед. практики. – 2007. – № 1. – С. 39-50.
99. Эренштайн В. Обсервационные исследования / В. Эренштайн // Междунар. журн. мед. практики. – 2006. – № 3. – С. 18-30.
100. Яковлева А.А. Исследования в труднодоступных группах: опыт использования выборки, управляемой респондентом, и выборки «место-время» / А.А. Яковлева // Социология: методология, методы, математическое моделирование. – 2011. – №33. – С. 57-79.

МБФ «Альянс громадського здоров'я»
вул. Ділова (Димитрова) 5, корпус 10А, 9-й поверх,
03680, Київ, Україна
Тел.: (044) 490-5485, Факс: (044) 490-5489
E-mail: office@aidsalliance.org.ua
www.aph.org.ua
www.facebook.com/AlliancePublicHealth

Розповсюджується безкоштовно.

Підписано до друку 00.00.2015
Формат 00x00/06
Ум. друк. арк. 00,00
Тираж 000 прим. Замовл. 0000

Надруковано Фамільна друкарня **huss**^{■■}

вул. Шахтарська, 5, м. Київ, 04074.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3165 від 14.04.08р.
тел. +38 (044) 587 98 53 www.huss.com.ua E-mail: info@huss.com.ua

Авторський колектив

Андрєєва Тетяна Іллівна, к.мед.н., головний редактор міжнародного наукового рецензованого журналу відкритого доступу «Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe».

Марциновська Віолетта Анатоліївна, с.н.с., к.мед.н., в УЦКС – лікар-епідеміолог.

Сергєєва Тетяна Анатоліївна, заступник директора з наукової частини, д.мед.н., пров.н.с. (Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України).

Хомич Людмила Сергіївна, магістр охорони громадського здоров'я (МРН), МБФ «Альянс громадського здоров'я», фахівець проекту з досліджень та оцінки.

Кузін Ігор Володимирович, завідувач центру моніторингу та оцінки програмних заходів ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України»

Рецензент

Колеснікова Ірина Павлівна, доктор медичних наук, завідувач кафедрою епідеміології Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця.

Глосарій затверджений Вченою радою ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» від 24 березня 2015 року (витяг з протоколу засідання Членів Вченої ради додається до глосарію).

Даний глосарій орієнтований на загальну аудиторію (особи, які приймають рішення, менеджери програм та проектів у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу), але в першу чергу на фахівців сфери МіО та епідеміологів.

Дана публікація підготовлена та видана в рамках реалізації Проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні» (МЕІДА), що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», за фінансування Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

Цю публікацію підтримано Угодою про співробітництво № U2GGH000840 з Центрами США з контролю та профілактики захворювань (CDC). Зміст публікації є відповідальністю виключно її авторів і не обов'язково відображає офіційну позицію Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC).