

ІНТЕГРОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ В УМОВАХ ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

Дворяк С. В.
Карагодіна О. Г.
Морозова О. С.,
Пикало І. І.
Думчев К. В.

КИЇВ
2016





USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

RESPOND



fhi360
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES



UIPHP
УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
ПОЛІТИКИ ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Благодійна організація «Український інститут політики громадського здоров'я»
Кафедра соціальної роботи та практичної психології
Академії праці, соціальних відносин і туризму

Дворяк С. В., Карагодіна О. Г., Морозова О. С.,
Пикало І. І., Думчев К. В.

ІНТЕГРОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ В УМОВАХ ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

Публікація стала можливою завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст не обов'язково відображає погляди USAID або Уряду США.

Посібник розроблено в рамках проекту USAID RESPOND, що впроваджується за фінансової підтримки Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги у боротьбі зі СНІДом (PEPFAR) організацією Пакт, Інк. У партнерстві з FHI 360.

Друкарський двір Олега Федорова

Київ – 2016

УДК 616.89-008.441.3-083.98:614.881](072)
ББК 56.14я7+53.5я
I-73

Рецензент

Завідувач кафедри наркології Харківської
Медичної Академії Післядипломної Освіти,
доктор медичних наук, професор,
Заслужений винахідник України
І. К. Сосін

Інтегроване лікування хворих на опіоїдну залежність
I-73 в умовах центрів первинної медико-санітарної допомоги:
навчально-методичний посібник / Дворяк С. В., Карагодіна О. Г.,
Морозова О. С., Пикало І. І., Думчев К. В. — К. : Друкарський двір
Олега Федорова, 2016. — 76 с.
ISBN 978-617-7380-52-7.

Навчально-методичний посібник «Інтегрована медико-соціальна допомога хворим на опіоїдну залежність в умовах центрів первинної медико-санітарної допомоги» присвячено актуальній проблемі громадського здоров'я – забезпеченню хворих на наркозалежність комплексними медичними послугами. Передусім йдеться про пацієнтів з наркозалежністю, обтяженою соціально небезпечними захворюваннями – ВІЛ-інфекцією та туберкульозом. Лікування цього контингенту в умовах первинної ланки охорони здоров'я дозволить значно підвищити рівень охоплення і зменшити стигму та дискримінацію по відношенню до людей із опіоїдною залежністю.

Посібник призначений для сімейних лікарів, лікарів-наркологів, інтернів, середнього медичного персоналу, причетного до програм замісної підтримувальної терапії та інтегрованого лікування соціально небезпечної коморбідної патології.

УДК 616.89-008.441.3-083.98:614.881](072)
ББК 56.14я7+53.5я

ISBN 978-617-7380-52-7

© Дворяк С. В., Карагодіна О. Г.,
Морозова О. С., Пикало І. І., Думчев К. В., 2016

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	4
ПЕРЕДМОВА	5
ВСТУП	7
ПОТРЕБА В ЗАПРОВАДЖЕННІ ІНТЕГРОВАНОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ЦПМСД	9
ОПОЇДНА ЗАЛЕЖНІСТЬ: ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ДІАГНОСТИКА	14
ПІДТРИМУВАЛЬНА ТЕРАПІЯ АГОНІСТАМИ ОПОЇДІВ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ІНТЕГРОВАНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ОЗ	18
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПТАО	25
ПРОЦЕДУРА ІНДУКЦІЇ ПТАО	27
БАР'ЄРИ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНТЕГРОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОПОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ В УМОВАХ ЦПМСД	32
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ	41
ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	47
ЗАХОДИ ЗІ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ. КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У СЕРЕДОВИЩІ ЛВНІ	51
ОТРИМАННЯ ЛІЦЕНЗІЇ НА ОБІГ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ТА РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ	59
ДОДАТКИ	67

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АРТ	– антиретровірусна терапія
ВІЛ/СНІД	– вірус імунодефіциту людини / синдром набутого імунодефіциту
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ГАС	– гострий абстинентний синдром
ДКТ	– добровільне консультування і тестування
ЗПТ	– замісна підтримувальна терапія
ЗШ	– зменшення шкоди
ІМСД	– інтегрована медико-соціальна допомога
ОЗ	– опіїодна залежність
ЛВНІ	– люди, які вживають наркотики ін'єкційно
ЛЖВ	– люди, які живуть з ВІЛ
МДК	– мультидисциплінарна команда
НУО	– неурядова організація
ОІ	– опортуністичні інфекції
ПАР	– психоактивна речовина
ПТАО	– підтримувальна терапія агоністами опіїодів
ТБ	– туберкульоз
ЦПБС	– центри профілактики та боротьби зі СНІДом
ЦПМСД	– центр первинної медико-санітарної допомоги

ПЕРЕДМОВА

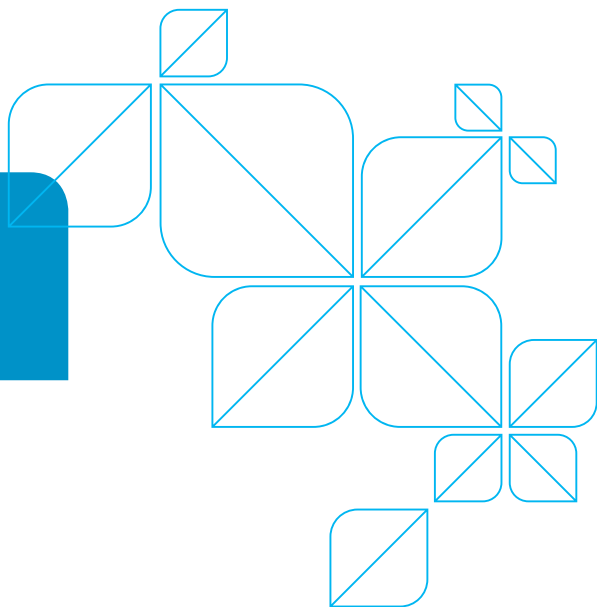
Навчально-методичний посібник «Інтегрована медико-соціальна допомога хворим на опіоїдну залежність в умовах центрів первинної медико-санітарної допомоги» розроблено за результатами дослідницького проекту «Аналіз впроваджуваності замісної підтримувальної терапії на базі закладів первинної медико-санітарної допомоги в Україні». Проект виконувався БО УППГЗ з 1 серпня 2014 року по 31 січня 2016 року на базі Центрів первинної медико-санітарної допомоги №1 і №2 – у м. Полтава та Центру первинної медико-санітарної допомоги №4 у м. Миколаїв за технічної та фінансової підтримки проекту USAID RESPOND, який впроваджує в Україні міжнародна організація Pact Inc. у співпраці з FHI360. Разом із підтримкою зазначеного дослідницького проекту RESPOND залучив до співпраці неурядові організації «Світло Надії» (Полтава) та «Час Життя» (Миколаїв), надавши їм гранти та методологічну підтримку у впровадженні інтервенції з доказаною ефективністю «Сім кроків» (оригінальна назва – Psycho-Medical Intervention Model). Ця інтервенція впроваджувалась як невід’ємна частина дослідницького проекту та поєднала в собі залучення представників цільової групи та комплексний супровід клієнтів включно із індивідуальним консультуванням.

Метою дослідницького проекту було вивчити можливості щодо розширення інтегрованої медико-соціальної допомоги для хворих на опіоїдну залежність, обтяжену інфекційними соціально небезпечними хворобами. Головним компонентом інтегрованої допомоги є підтримувальна терапія агоністами опіоїдів (ПТАО). Було вивчено по суті нову модель надання ПТАО в Україні в неспеціалізованих медичних установах. В результаті проведеного дослідження отримано наукові дані, які дали змогу оцінити доцільність організації та надання інтегрованої допомоги пацієнтам з опіоїдною залежністю на базі закладів первинної ланки (центрів первинної медико-санітарної допомоги – ЦПМСД) в Україні.

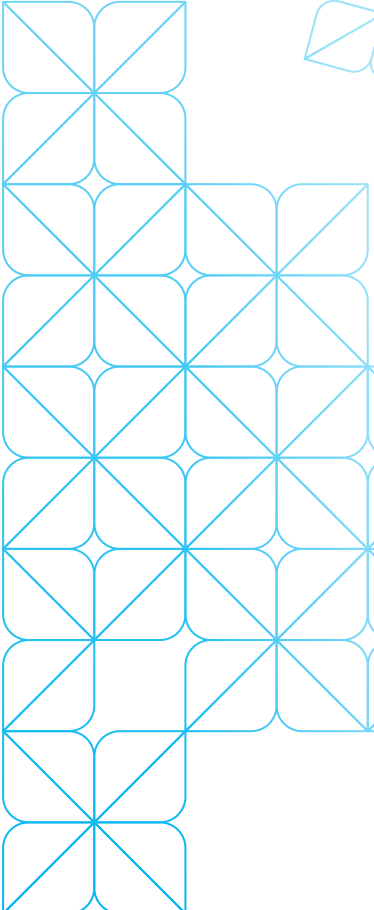
Завдяки політичній та професійній підтримці обласних та міських департаментів охорони здоров’я міст Миколаєва та Полтави проект було реалізовано в трьох закладах охорони здоров’я: два з них у Полтаві та один у Миколаєві. Під керівництвом головних наркологів відповідних областей було налагоджено тісну

В ході аналізу чинного законодавства було виявлено, що лікарі загальної практики та сімейної медицини не мають права без участі лікаря нарколога встановлювати діагноз «наркозалежність», але лікарі ЦПМСД можуть надавати ПТАО після проходження тематичного удосконалення з наркології (1 міс). Для призначення метадону чи бупренорфіну у складі ЛКК закладу повинен бути нарколог.

На основі аналізу отриманих даних було встановлено, що рівень стигми, дискримінації з боку медичного персоналу ЦПМСД по відношенню до пацієнтів із наркозалежністю зменшується в процесі лікування. Водночас пацієнти також позитивно оцінили нову модель лікування. Вивчення показників ефективності терапії та рівня інтегрованості медичних послуг довело, що обсяг медичних послуг для цієї групи пацієнтів в закладах ПМСД є значно ширшим, ніж в спеціалізованих. В ході дослідження було встановлено, що така модель надання інтегрованої допомоги хворим з опіїдною залежністю задовольняє потреби пацієнтів та дає можливість розширити доступ до лікування і, відповідно, профілактики соціально небезпечних захворювань, зокрема ВІЛ-інфекції.



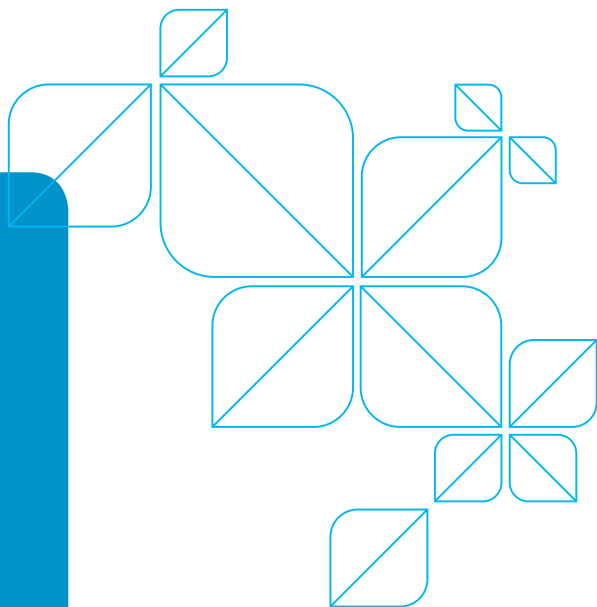
ВСТУП



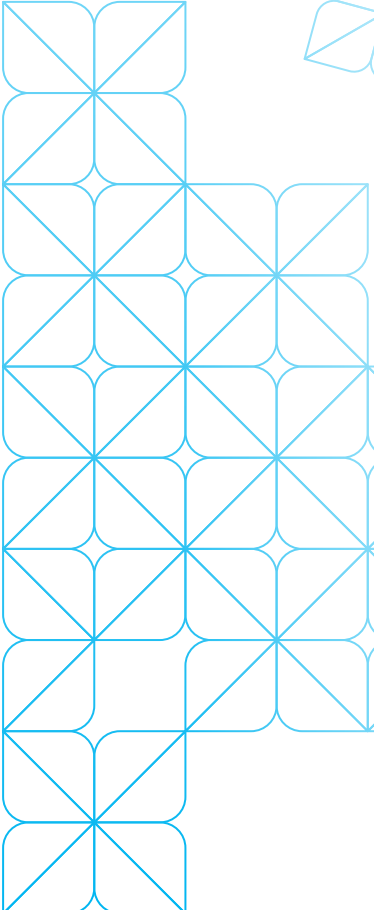
Термін «інтегрована медико-соціальна допомога» (ІМСД) хворим на опіїдну залежність (ОЗ) визначає поєднання підтримувальної терапії агоністами опіїдів (ПТАО) та інших медичних і психосоціальних втручань, спрямованих на лікування наркотичної залежності і супутніх соціально небезпечних інфекційних захворювань (ВІЛ-інфекції/СНІД, туберкульозу, вірусних гепатитів), їх профілактику і медико-соціальну реабілітацію пацієнтів з цією патологією. ІМСД передбачає надання всіх зазначених послуг в одному лікувально-профілактичному закладі і – в оптимальному варіанті – однією мультидисциплінарною командою (МДК).

Надання інтегрованої медико-соціальної допомоги хворим з опіїдною залежністю є важливим завданням сучасної системи охорони здоров'я. Цей контингент пацієнтів потребує уваги не лише через медичну та соціальну значущість наркозалежності, а й тому, що практика вживання ін'єкційних наркотиків створює величезний ризик поширення ВІЛ-інфекції та туберкульозу (ТБ) у середовищі людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ). На 01.01.2016 р. серед 8 512 пацієнтів замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) частка хворих на ВІЛ-інфекцію становила 44 %, на вірусний гепатит С – 47 %, на ТБ – 18 % [6]. Завдання та заходи Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та під-

тримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2014–2018 рр. передбачають охоплення ЗПТ щонайменше 20 тис. хворих на ОЗ [9]. Для полегшення доступу до ЗПТ в Україні активно проводиться процес інтеграції та децентралізації послуг з лікування та реабілітації хворих на наркотичну залежність. Для проведення замісної терапії в період 2008 – 2016 рр. відкрито 172 сайти. Вони розташовані у наркологічних, а також протитуберкульозних закладах і центрах профілактики та боротьби зі СНІДом (ЦПБС). Зокрема, на базі ЦПБС послуги ЗПТ отримують 748 пацієнтів, що становить 8,7 % від загальної кількості хворих на ОЗ. Установлений діагноз ВІЛ-інфекції мають 3 556 осіб (41,7 % пацієнтів ЗПТ), 60,6 % з них (2 158 осіб) приймають антиретровірусну терапію (АРТ). Попри певні зрушення в організації допомоги хворим на ОЗ із супутніми інфекційними захворюваннями, на сьогодні система надання медичних послуг в Україні не сприяє ефективному лікуванню пацієнтів із поєднаною патологією (ВІЛ, ТБ, залежність від опіоїдів), оскільки вони змушені регулярно відвідувати кілька спеціалізованих медичних установ за відсутності координації ведення випадку однією особою, відповідальною за комплексне лікування і догляд за пацієнтом. Наркологічна служба не має достатніх ресурсів для надання своїм пацієнтам потрібної кількості медичних і психосоціальних послуг, до того ж вона значною мірою стигматизована, а відтак не в змозі найближчим часом забезпечити повноцінне лікування хворих на ОЗ з коморбідною інфекційною патологією. Виходом із цієї ситуації може бути створення осередків інтегрованої медико-соціальної допомоги на базі центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). Матеріали цього посібника слугуватимуть підвищенню професійної компетентності лікарів загальної практики сімейної медицини щодо належного лікування осіб зі сполученням наркотичної залежності та соціально небезпечних інфекцій на основі застосування інтегрованого підходу в умовах ЦПМСД.



ПОТРЕБА В ЗАПРОВАДЖЕННІ ІНТЕГРОВАНОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ЦПМСД



Вживання наркотиків шляхом ін'єкцій і, відповідно, синдром залежності від психоактивних речовин (ПАР), зокрема опіоїдів, є актуальною проблемою охорони здоров'я в Україні. Традиційно лікуванням наркозалежності займається наркологічна служба, яка має систему стаціонарних та амбулаторних установ (наркологічні диспансери і наркологічні кабінети). Упродовж останніх двох десятиліть вживання наркотиків шляхом ін'єкцій набуло особливої соціальної значущості внаслідок появи та поширення ВІЛ-інфекції. Завдання створення ефективної системи протидії епідемії ВІЛ спонукає подивитись на лікування наркозалежності під іншим кутом. Велика кількість наркозалежних інфікована ВІЛ і вірусами гепатиту та страждає на туберкульоз, відтак винятково наркологічне лікування не відповідає їхнім індивідуальним медичним потребам, а також соціальному запиту на створення бар'єру на шляху поширення суспільно небезпечних інфекцій у середовищі ЛВНІ і в загальній популяції. Отже, перед системою охорони здоров'я постало питання про забезпечення хворих на наркотичну (опіоїдну) залежність ефективним лікуванням ОЗ і, водночас, супутніх захворювань, у першу чергу – ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусного гепатиту С.

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, у період 1987–2009 рр. зареєстровано 149 663 випадків інфікування ВІЛ. Близько 51 % цих випадків пов'язано зі вживанням ін'єкційних наркотиків. Встановлено, що ЛВНІ складають 60–70 % людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). Епідемія ВІЛ/СНІД в Україні поширюється значною мірою за рахунок ВІЛ-інфікованих ЛВНІ. Останніми роками домінуючим шляхом поширення ВІЛ/СНІД в Україні стає статевий шлях. Проте, як свідчить аналіз, джерелом інфікування ВІЛ переважно стають ЛВНІ і так звані «групи-містки» – їхні ін'єкційні та сексуальні партнери, які є статеві активною частиною населення [71]. Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у країнах, де епідемія переважно поширюється завдяки ін'єкційному вживанню наркотиків, медикаментозне лікування наркозалежності є головним запобіжним заходом поширення ВІЛ/СНІД у середовищі ЛВНІ. При цьому найбільш ефективним методом терапії ОЗ вважається підтримувальна терапія агоністами опіоїдів [46; 68].

10

Проблема поширення ВІЛ серед ЛВНІ призвела до усвідомлення необхідності якнайшвидше знайти ефективний метод лікування ОЗ, що не лише допомагає хворим зменшити прояви залежності, а й суттєво впливає на епідемічний процес. Також стало зрозумілим: лікування наркозалежних не можна обмежувати інтервенціями, що впливають на потяг до наркотиків. Сучасний хворий на наркозалежність – це особа, яка з великою вірогідністю має коморбідні психічні розлади, ВІЛ-інфекцію, вірусний гепатит С, туберкульоз та ін. [22; 23; 28; 30; 36; 38; 60; 65]. Щоб оцінити кількісні параметри цього явища, достатньо розглянути контингент пацієнтів, які отримують ПТАО в Україні. Станом на 1 липня 2016 року кількість пацієнтів, які отримують ЗПТ, становить 8 725 осіб. Із них 3 677 (42,14 %) мають ВІЛ-інфекцію, 4 990 (57,19 %) – вірусний гепатит С. Хворих на туберкульоз – 1 395 осіб (15,98 %). Лікуються від ВІЛ/СНІД за допомогою АРТ 2 330 осіб (46,69 % від кількості осіб з ВІЛ-позитивним статусом), готуються до лікування – 225 осіб [6].

Україна вважається країною з найбільш серйозною епідемією ВІЛ у Європі, і ця епідемія розвивається переважно завдяки споживанню наркотиків ін'єкційним шляхом [8; 50]. Згідно з останнім звітом ЮНЕЙДС, з 1999 р. по 2009 р. захворюваність на ВІЛ у глобальному масштабі знизилась на 19 %, але у регіоні «Східна Європа та Центральна Азія» зросла на 25 % [50; 62]. В Україні, як і в усьому регіоні, поки що епідемія ВІЛ сконцентрована здебільшого в середовищі ЛВНІ [37; 54]. Існують окремі ознаки того, що запропоновані заходи, зокрема програми зменшення шкоди, мають позитивні наслідки для групи ЛВНІ зі стажем вживання наркотиків не більше 2 років – їхня захворюваність на ВІЛ-інфекцію значно знизилась [21]. Проте поширеність ВІЛ-інфекції в середовищі ЛВНІ лишається найвищою. Серед тих, хто має цей діагноз, більшість отримали вірус через ін'єкції наркотиків, зокрема опіоїдів.

Слід зазначити, що на поточному етапі розвитку нейробіологічної науки залежність від опіоїдів вважається хронічним рецидивним захворюванням, за перебігом схожим на цукровий діабет або гіпертонічну хворобу. Але в суспільстві панує думка, що залежність від наркотиків є поведінковим розладом, який може бути повністю елімінований за умов добре налагодженої системи контролю поширення наркотичних речовин. Оскільки значна частка ЛВНІ має досвід участі у кримінальних злочинах, багато людей вважають, що існує причинно-наслідковий зв'язок між опіоїдною залежністю та кримінальною активністю. Насправді схильність до агресивних дій та майнових злочинів обумовлена зазвичай неможливістю отримати ПАР, до яких сформована залежність, а не їхньою дією. За визначенням залежність проявляється непереборним потягом до вживання речовини, від якої суб'єкт є залежним. Відповідно, якщо його забезпечити такою або схожою за фармакологічною дією речовиною, то потреба у пошуку «вуличних» наркотиків втратить актуальність і поведінкові розлади будуть усунені.

Протягом останніх десятиліть накопичено достатньо фактів того, що традиційно застосовувані проти поширення наркотиків «ліки» виявляються гіршими від самої хвороби. Спостерігаємо непомірне збільшення чисельності ув'язнених; надзвичайно великий відсоток ЛВНІ, які в результаті небезпечної ін'єкційної практики отримали ВІЛ і (або) вірусний гепатит; високі витрати на поліцейські і судові методи контролю поширення наркотиків, а головне – неефективність вживаних заходів, кримінальну інфраструктуру, що сформувалася навколо цієї «боротьби»; прямі втрати в живій силі, якщо висловлюватися військовою мовою – так, за чотири роки (2007–2010) в «нарковійні» на півночі Мексики було вбито 34 612 людей, 15 273 з них – лише впродовж 2010 р.

Заклики вчених замість репресивних заходів зробити акцент на медичних методах впливу на поширення споживання наркотиків не залишилися непочутими в Україні. У 2014 р. Урядом прийнято Стратегію державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р. [18]. Пріоритетом нової політики визначено розвиток лікувальних та профілактичних заходів, на відміну від попередніх програм, що передбачали переважне зосередження ресурсів у сфері контролю постачання наркотиків.

12

Ці завдання не можуть бути виконані зусиллями лише наркологічної служби. Значна частина хворих на ОЗ, особливо тих, що страждають на супутні соціально небезпечні захворювання, має отримати потрібні їм послуги в первинній ланці медичної допомоги. Як заявлено Українським центром з контролю над соціально небезпечними хворобами, «...на сучасному етапі заходи боротьби з ВІЛ/СНІДом потребують перегляду наявних стратегій та політик щодо організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні, пошуку нових шляхів та інструментів, що можуть бути мобілізовані в секторі охорони здоров'я за рахунок підвищення ефективності використання ресурсів, впровадження нових форм управління і координації. Наразі постала нагальна потреба створити нову для країни форму взаємодії всіх ланок системи охорони здоров'я – державного та громадського секторів, що дозволить сформулювати сучасні принципи реалізації національних програм з контролю і профілактики ВІЛ-інфекції та інших соціально небезпечних хвороб» [5].

Організація ІМСД хворим на опіоїдну залежність в центрах первинної медико-санітарної допомоги цілком відповідає цим викликам. Надання комплексу медичних послуг в одному лікувально-профілактичному закладі має значні економічні та організаційні переваги, дозволяє підвищити рівень охоплення хворих та зменшити бар'єри на шляху до ефективної науково обґрунтованої допомоги.



Опіїв
ся у прак

ни, як-от тропікамід (атропіноподібна речовина) або димедрол (протигістамінний засіб). Це слід мати на увазі, оскільки лікарі загальної практики інколи вважають, що єдиною підставою для призначення ПТАО є вживання опіоїдів. Але залежні від опіоїдів пацієнти доволі часто вживають інші психоактивні речовини. У таких випадках слід орієнтуватися на первинний наркотик, до якого сформувалася залежність. До того ж і при залежності від інших речовин, таких як алкоголь або канабінол, участь у патогенетичних процесах беруть дофамінергічні системи, що своєю чергою реагують на активність опіоїдних рецепторів. Завдяки ПТАО відбувається їхня повна або часткова блокада, і це приводить до послаблення потягу і зменшення (або повного припинення) вживання нелегальних ПАР.

Наркотична залежність – це хронічне захворювання, що рецидивує. Воно характеризується:

- 1.** потужним (компульсивним) потягом до повторного прийому психоактивних речовин;
- 2.** зниженням або втратою контролю щодо їх прийому;
- 3.** вираженими негативними переживаннями та сомато-вегетативними симптомами (тревога, дисфорія, безсоння, фізичний дискомфорт) в разі припинення прийому ПАР за неможливості їх отримання.

Розвиток наркозалежності характеризується спільною для всіх її варіантів етапністю. Спочатку з'являється імпульсивний потяг до прийому ПАР, що переважно асоціюється з позитивними переживаннями (ейфорія, відчуття психічного та фізичного комфорту, задоволення). Відтак потяг до ПАР обумовлений бажанням відчувати психологічний та соматичний комфорт. Цей феномен значною мірою є схожим на інші природні бажання та потяги, наприклад потяг до смачної їжі чи кави; прагнення сексуального задоволення. Слід додати, що серед схильних до експериментування з ПАР суб'єктів є значна частка людей, яких приваблюють ризиковані дії: вони бажають усе спробувати, відчути «приплив адреналіну», шукають незвичайних відчуттів. Їх приваблює той факт, що опіоїди є забороненими, і тому до відчуття комфорту додається ще й переживання ризику, емоційний підйом від виходу за межі соціальних обмежень.

Поступово на тлі повторного вживання опіоїду починає переважати компульсивний³ потяг, пов'язаний переважно з потребою в усуненні негативних переживань (дисфорія, почуття дискомфорту, різноманітна психовегетативна симптоматика), які складаються в клінічну картину синдрому відміни, або гострого абстинентного синдрому (ГАС).

Важливо брати до уваги, що формування залежності від ПАР має біологічне підґрунтя.

³ Від латинського *compulsio*, тобто *непереборний*.

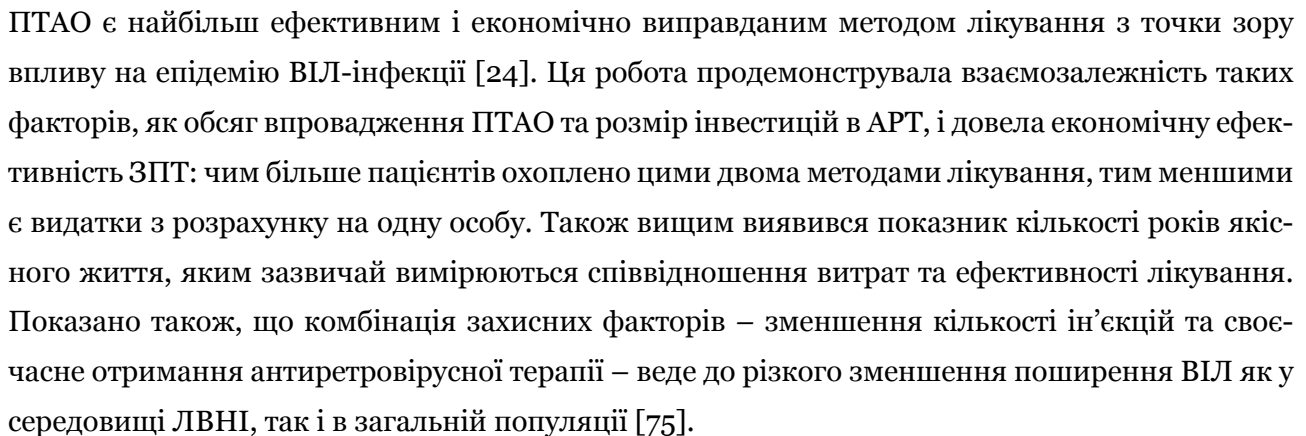
Діагноз залежності встановлюється у випадку, якщо протягом минулого року (12 місяців до моменту обстеження) три або більше з наведених нижче ознак проявлялися одночасно, або тривали не менше місяця, або мали місце декілька таких епізодів:

- 16

Для встановлення діагнозу ОЗ не обов'язково доводити наявність опіоїдів у крові пацієнта. Діагноз може бути встановлений і тоді, коли певний час пацієнт не вживає наркотику. Наприклад, він пройшов детоксикацію, перебував у контрольованому середовищі (психіатричній лікарні, в'язниці тощо), з якихось причин не мав доступу до опіоїдів або вольовими зусиллями утримувався від їх вживання. Залежність від опіоїдів – хронічне рецидивне захворювання, і утримання від уживання не є ознакою одужання. Отже, діагноз встановлюється на підставі даних анамнезу (звернення в минулому до лікарів чи до реабілітаційних центрів, свідчення родичів та близьких про факти вживання наркотиків, судимості і затримання поліцією у зв'язку з уживанням) та фізикального огляду (наявність слідів численних ін'єкцій).

На даний момент (2016 р.) є чинним спільний наказ МОЗ, МВС, Генпрокуратури та Мініюсту від 10.10.97 № 306/680/21/66/5, згідно з яким діагноз наркозалежності вперше має бути встановленим у стаціонарі й обов'язково наркологом. Цей наказ не регламентує тип стаціонару, тривалість часу перебування в ньому пацієнта і порядок проведення діагностичних процедур, потрібних для первинного діагностування ОЗ. Тому, якщо пацієнт не приховує свої симптоми, охоче ділиться з лікарем власними проблемами, супроводжується близькими, які підтверджують його скарги та анамнестичні дані, можна за кілька годин провести обстеження у соматичному стаціонарі, запросивши на консультацію нарколога, щоб він лише підтвердив діагноз ОЗ та призначив лікування за допомогою агоністів опіоїдів (метадону чи бупренорфіну).

ПОВЕРЛИВО



З накопиченням досвіду застосування ЗПТ нарізла потреба в оптимізації лікування хворих на ОЗ з урахуванням наявних у них соціально значущих медичних проблем. Сучасними дослідженнями продемонстровано, що найкращі результати забезпечує сполучене лікування соціально небезпечних супутніх захворювань і залежності в одному закладі, де наркозалежні отримують медичні послуги. Зокрема, було сформовано поняття one-stop shopping, у яке закладено ідею надання всебічної медичної допомоги при потрібному діагнозі – наркозалежність, психічні розлади та ВІЛ-інфекція [39]. Також було встановлено, що лікування наркозалежності має супроводжуватись відповідною психосоціальною допомогою та залученням до програм зменшення шкоди [72].

Однією з перших робіт, присвячених питанню надання допомоги при потрібному діагнозі, є стаття С. Batki під назвою «Наркоманія, психічні розлади та СНІД» [28]. Автор констатував, що допомога наркозалежним із супутніми психічними розладами та ВІЛ-інфекцією може надаватися трьома способами: 1) через участь у групах самопомоги на кшталт «Анонімних наркоманів», 2) шляхом проходження реабілітаційної програми у відповідних стаціонарах, а також 3) у центрах метадонової підтримки. На думку автора, саме третій спосіб дає найбільші переваги та забезпечує максимальне утримання пацієнтів у лікуванні [29].

За даними першого загальнонаціонального оцінювання ефективності терапії ВІЛ-інфекції у США, серед дорослих, які лікувалися від СНІДу, близько половини мали психічні розлади за критеріями DSM III та 40 % вживали певні наркотичні речовини, не враховуючи марихуану. Автори дійшли висновку, що поряд з АРТ хворі на СНІД мають також обов'язково отримувати лікування від психічних та наркологічних захворювань [31; 35]. При цьому йшлося, що важливо організувати процес надання допомоги таким чином, щоб медичні послуги були насправді доступними. Відтак потрібно створити фінансові, організаційні та технічні умови для того, щоб лікування супутніх розладів дійсно відбулося, замість того, щоб надавати формальні рекомендації його пройти.



Необхідність одночасного лікування ВІЛ/СНІДу та туберкульозу зумовлена високим рівнем смертності ВІЛ-інфікованих ЛВНІ, хворих на туберкульоз. За деякими оцінками, в Україні смертність у цій групі пацієнтів сягає 80 % ³. Такий тяжкий прогноз пов'язаний значною мірою з тим, що ВІЛ-інфікованим наркозалежним набагато рідше за інших пацієнтів призначають адекватну АРТ, а в разі її призначення клінічний ефект досягається в меншій частині випадків [74].

- 1) скринінг, виявлення і специфічна терапія для пацієнтів із ТБ;
- 2) добровільне консультування і тестування, а в разі виявлення ВІЛ-інфекції – комплексне ведення випадку з призначенням АРТ;
- 3) виявлення вживання психоактивних речовин та лікування опіїдної залежності із застосуванням підтримувальної терапії агоністами опіїдів.

На думку авторів, ключові аспекти інтегрованих програм мають передбачати зручне для пацієнтів спільне розташування різних служб; скринінгову діагностику кожного з за-

20

хворювань; навчання і тренінг аутич-працівників і менеджерів; навчання медперсоналу середньої ланки і лікарів із лікування супутніх захворювань; перехресне навчання фахівців веденню кожної з хвороб, а також посилений моніторинг взаємодії лікарських засобів і небажаних побічних явищ. У такий спосіб інтегрована допомога виступає як «організаційний механізм, що прагне досягти поєднаного і безперервного, орієнтованого на потреби пацієнтів, з точки зору цілісного розуміння їхніх інтересів, процесу надання медичних послуг» [58].

У своїй роботі F. L. Altice та співавтори виділяють три етапи формування комплексної відповіді на запити пацієнта: повністю роз'єднані, частково інтегровані і повністю інтегровані служби. При цьому спільне розташування служб, як, наприклад, у наших поліклініках, – це крок уперед у порівнянні з територіально роз'єднаними сервісами, але ще не інтеграція, за якої весь обсяг допомоги доступний пацієнтові в одному медичному підрозділі.

Прикладом реалізації першого, або початкового, етапу інтеграції медичної допомоги особам з наркотичною залежністю і супутніми соціально небезпечними інфекційними захворюваннями є ситуація, коли служби розташовані окремо, але вони функціонально поєднані: хворі з наркологічного диспансеру спрямовуються на консультацію до ЦПБС чи до фтизіатричної установи в супроводі кейс-менеджера або за спеціальною домовленістю між установами (рис. 1). Цей приклад фактично відтворює порядок надання медичної допомоги хворим із множинними діагнозами в сучасній українській системі охорони здоров'я, де існують служби, що відповідають за лікування наркотичної залежності, інфекційних хвороб, зокрема ВІЛ-інфекції та опортуністичних інфекцій, і окрема служба опікується лікуванням туберкульозу. Пацієнти рухаються від однієї служби до іншої, при цьому кожна з них несе відповідальність за лікування «своєї» хвороби, а не за хворого в цілому.

Другий етап інтеграції характеризується більш щільним контактом і взаємодією між фахівцями в межах однієї установи. Автори пропонують перейти до такої організації, коли хворий на наркозалежність може отримувати лікування всього комплексу хвороб в одній установі (рис. 2).

Повна інтеграція передбачає поєднання в одній установі щонайменше трьох медичних послуг: 1) лікування наркотичної залежності, 2) лікування ВІЛ-інфекції, 3) профілактику або лікування туберкульозу. На думку авторів, це ідеальна модель, що потребує підготовки лікарів, здатних вести пацієнтів з такою комбінованою патологією. Такий підхід є економічно ефективним, оскільки витрати на кожний досягнутий елемент успіху менші, ніж при застосуванні традиційної, не інтегрованої, моделі надання медичної допомоги. Він також забезпечує більшу сумарну кількість медичних послуг, отримуваних пацієнтами.

```
graph TD; A((Програми боротьби з туберкульозом)) <-->|зв'язок співробітництво| B((Програми боротьби з ВІЛ)); A <-->|зв'язок співробітництво| C((Медикаментозне лікування залежності)); B <-->|зв'язок співробітництво| C;
```

Програми боротьби з туберкульозом

- Прийом ліків під наглядом
- Надання підтримки
- Збір мокротиння
- Взаємодія ліків
- Профілактика латентного туберкульозу
- Відслідковування контактів

Програми боротьби з ВІЛ

- Антиретровірусна терапія
- Взаємодія ліків
- ДКТ
- Моніторинг токсичності
- Профілактика опортуністичних інфекцій (OI)
- Надання психосоціальної підтримки
- Вторинна профілактика
- Обмін шприців

Медикаментозне лікування залежності

- Замісна підтримувальна терапія
- Ефективне психологічне консультування
- Прийом ліків під наглядом
- Аналіз крові та сечі
- Взаємодія ліків
- Обмін шприців

Рис. 1. Початковий етап інтеграції медичної допомоги хворим на ОЗ.

а кількість ін'єкцій, зроблених чужими шприцами, – до 18 на рік. Було також продемонстровано, що зниження ймовірності передачі ВІЛ від однієї ЛВНІ до іншої обумовлено не лише зменшенням числа ін'єкцій, а й збільшенням частки учасників ПТАО, охоплених АРТ, і, відповідно, зниженням вірусного навантаження в крові пацієнтів. Відомо, що ймовірність інфікування ВІЛ безпосередньо корелює з кількістю ДНК-копій вірусу в крові. Чим нижче вірусне навантаження, тим менше вірогідність, що шприц або голка, використані цим суб'єктом, спричиняють інфікування.

Крім лікування ВІЛ-інфекції, у програмах ПТАО вельми успішно можна проводити терапію вірусного гепатиту С. Відомо, що на це захворювання страждає від 60 до 90 % ЛВНІ. Можливості такого роду інтеграції були продемонстровані в роботі Т. Kresina зі співавторами. Вони показали, що ПТАО дозволяє значно підвищити прихильність хворих



Рис. 2. Часткова інтеграція медичних послуг для хворих на ОЗ.

На сьогодні серед фахівців існує консенсус відповідно того, що ПТАО є найбільш ефективним методом лікування ОЗ, а також засобом, що запобігає поширенню інфекційних хвороб, які передаються через кров, у середовищі ЛВНІ. Ця терапія складається з трьох етапів (фаз): індукція, стабілізація та фаза підтримки. Більш докладно про це можна подивитися в Навчально-методичному посібнику **«Лікування опіоїдної залежності агоністами опіоїдів»** (<http://www.uiphp.org.ua/ua/publications/Guidelines>).

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПТАО

Ведення пацієнтів з діагнозом «опіюдна залежність» має здійснюватися відповідно до принципів, апробованих в Україні протягом останніх 10 років і викладених у клінічній настанові, посібнику «Підтримувальна терапія агоністами опіюйдів» [10], а також у відповідних наказах МОЗ щодо проведення ЗПТ. Основним підходом є мультидисциплінарний, що ґрунтується на роботі команди, яка складається з лікаря, медсестри і психолога або соціального працівника. За відсутності в ЦПМСД такої штатної одиниці його роль може виконувати кейс-менеджер, залучений з профільної неурядової організації (НУО).

Під час проведення ЗПТ в умовах неспеціалізованого медичного закладу, а саме центру первинної медико-санітарної допомоги, пацієнти мають отримувати:

- метадон або бупренорфін у призначеному лікарем дозуванні вранці, з 8:00 до 9:00, за винятком окремих випадків, коли за домовленістю препарат видаватиметься раніше або пізніше особам, які за умовами своєї роботи не можуть відвідувати ЦПМСД у такий час;
- основний пакет психосоціальних послуг та заходи для зменшення шкоди; вони можуть забезпечуватися представниками НУО (кейс-менеджерами); програма надання цього

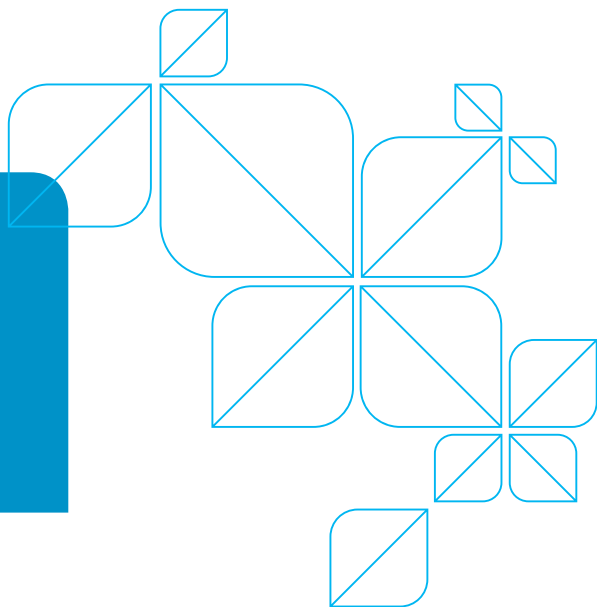
виду допомоги описана в розділі «Соціально-психологічний супровід пацієнтів програм ПТАО» у посібнику «Підтримувальна терапія агоністами опіоїдів» [10];

- інтегровану медичну допомогу, яка передбачає обстеження і моніторинг найбільш поширених серед ЛВНІ інфекційних захворювань (ВІЛ-інфекція, ТБ, вірусні гепатити), а також лікування інших супутніх захворювань, у тому числі хірургічних, гінекологічних і психічних, що проводиться відповідно до чинних національних клінічних протоколів та інструкцій.

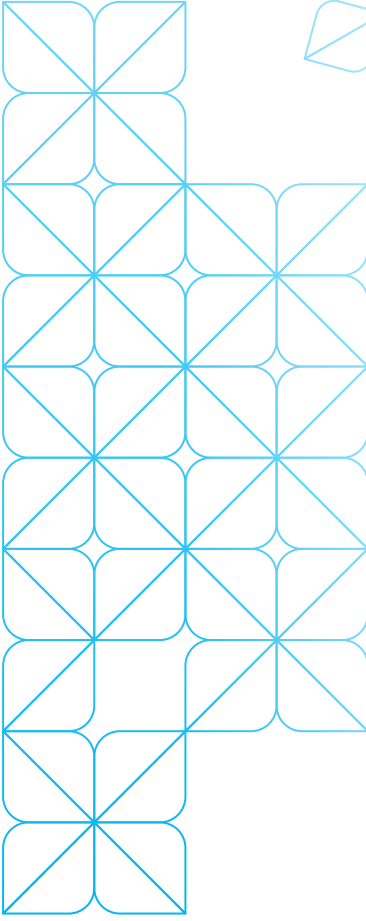
Лікар повинен оглядати пацієнта не рідше одного разу на 10 днів або за направленням медичної сестри. У разі потреби пацієнта звернутися до лікаря, він інформує про це медичну сестру. Якщо вона не може самостійно вирішити проблему, з якою звертається пацієнт, то повідомляє йому час зустрічі з лікарем. Лікар контролює стан пацієнта і забезпечує регулярне проведення необхідних обстежень та аналізів (флюорографія, тести на CD4, вірусне навантаження, функціональні проби печінки і т. п.) відповідно до чинних національних протоколів і наказів МОЗ.

Для роботи із залежними лікаряю потрібні особливий досвід, певні настанови та особисті якості. Це, зокрема, неосудливе ставлення до пацієнта, прийняття його автономності та незалежності, вміння підтримувати емпатичну комунікацію, налагодження співпраці й дотримання конфіденційності навіть у спілкуванні з його найближчими родичами. Слід враховувати, що значна частина поведінкових проблем, що виникають на початку лікування, згодом зникає, якщо агоністи опіоїдів призначаються своєчасно і в адекватному дозуванні. Зняття симптомів абстиненції і, відповідно, усунення потягу до опіоїдів забезпечує співпрацю пацієнта з медперсоналом і створює умови для всього комплексу захворювань, на які страждає пацієнт.

Надання інтегрованої допомоги передбачає оснащення закладів охорони здоров'я засобами телемедицини. Кожному сімейному лікарю, який бере участь у лікуванні пацієнтів з опіоїдною залежністю, має бути забезпечений доступ до комп'ютера, інтернету та скайпу. Використовуючи ці засоби, лікар загальної практики отримує можливість провести консультацію з фахівцем-наркологом, інфекціоністом або фтизіатром, щоб забезпечити необхідний клінічний рівень ведення своїх пацієнтів. Сеанси телезв'язку мають проводитись не менше одного разу на 10 днів, при цьому контакти і зміст консультацій обов'язково зберігаються у комп'ютерних файлах. Відтак зникає потреба у веденні додаткової документації, що фіксує зміст консультації, однак завжди є можливість роздрукувати рекомендації консультанта і прикласти їх до амбулаторної карти. Якщо стан пацієнта змінюється або з'являються нові дані про результати обстеження, консультації можуть проводитись частіше.



ПРОЦЕДУРА ІНДУКЦІЇ ПТАО



Індукція – це початковий етап замісної підтримувальної терапії, протягом якого здійснюється поступове нарощування доз агоністів опіоїдів до досягнення їх певних оптимальних значень.

Проведення індукції метадонном. Індукція проводиться метадонном, що видається у таблетках (метадол по 1 мг, метадикт по 10 мг). Перший прийом метадону можливий через 6–8 годин після останнього прийому опіатних наркотиків.

Метадон може прийматися пацієнтом у присутності медичного працівника (медичної сестри ЦПМСД) або самостійно в амбулаторних умовах, як це передбачено наказом МОЗ України від 27.03.2012 № 200 (зі змінами). Стандартна перша доза препарату – 30 мг, але в разі низької (менше 50 кг) маси тіла або за наявності сумнівів щодо толерантності пацієнта до опіоїдів слід починати з 20 мг, в окремих випадках (виражена астенизація пацієнтів) – з 10 мг. У перший день усі пацієнти мають оглядатись через 4 години після прийому першої дози метадону. Якщо протягом 4 годин не досягнуто компенсації ГАС, можна призначити ще 5–10 мг метадону. Сумарна доза метадону в перший день не має перевищувати 40 мг.

Концентрація метадону в організмі і суб'єктивний ефект посилюватимуться впродовж перших 3–4 днів навіть за його по-

стійного дозування. Тому підвищувати дозу в 2-й і 3-й дні не рекомендується. Починаючи з 4-го дня дозу метадону можна підвищувати на 5–10 мг щодня або через день, але таким чином, щоб сумарне підвищення становило 20 мг за тиждень.

Важливо взяти до уваги, що метадон має тривалий період дії, і нова доза може додаватись до залишку попередньої. У таблиці 1 наведено дані про отримані дози і вміст метадону в крові протягом перших 6 днів від початку лікування [56].

Підвищення дози здійснюється до досягнення її оптимальних значень (максимум 120 мг/день). Головним критерієм адекватності дози в період ранньої індукції (перші 6 днів терапії) є стан пацієнта на піку дії метадону – через 3–6 годин після прийому препарату. Якщо протягом цього періоду зберігаються симптоми ГАС, то дозу потрібно підвищити на 5–10 мг. Оскільки протягом перших 2–3 тижнів концентрація й ефект препарату зростають навіть при постійній дозі, необхідно робити перерви в її підвищенні.

Щоб уникнути занадто швидкого підвищення доз та інтоксикації препаратом, персонал і пацієнтів повідомляють про затримку в дії метадону і досягнення його максимальної концентрації при пероральному прийомі через 4 години. В процесі підбору дози пацієнту слід постійно пояснювати, що метадон діє інакше, ніж героїн або розчин екстракту з макової соломки. Ефект настає поступово, і для досягнення бажаного результату – повного придушення гострого абстинентного синдрому – потрібен час. Зазвичай це 5–7 днів. У цей період пацієнтові слід повністю відмовитися від «вуличних» наркотиків і снодійних, а також алкоголю, оскільки спільний прийом цих речовин істотно збільшує ризик передозування і може спричинити пригнічення дихального центру аж до розвитку коми. Категорично не допускається прийом додаткових седативних засобів на ніч, адже в нічний час ризик виникнення депресії дихального центру є особливо високим. Пацієнта слід поінформувати, що концентрація метадону в крові зростатиме поступово, і протягом 2–3 днів він повністю позбудеться симптомів ГАС, але йому в жодному разі не слід вживати нелегальних ПАР, аби уникнути тяжких наслідків передозування опіоїдів.

У період індукції надзвичайно важливо суворо дотримуватись належного дозування метадону і щодня ретельно оглядати пацієнтів. Найменші симптоми передозування чи інтоксикації – сонливість, дрімота, загальмованість або надлишок енергії, збудження, порушення сну, піднесений настрій («ненормальна нормальність») вимагають зниження дози.

Стабілізація стану фіксується тоді, коли лікар констатує, що протягом 24 годин після прийому препарату у пацієнта відсутні чи незначно проявлені симптоми седації або ГАС. Стабілізація, як правило, настає протягом перших 1–2 тижнів; середня доза метадону при цьому становитиме 60 мг на добу. Після досягнення цього стану етап індукції вважається завершеним і

Таблиця 1

ПОКАЗНИКИ ЗАЛИШКОВОЇ І СУМАРНОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ МЕТАДОНУ В КРОВІ ЗА РІЗНИХ СХЕМ ІНДУКЦІЇ

Параметр	День 1	День 2	День 3	День 4	День 5	День 6
Схема індукції А (доза в мг)	30	30	30	30	30	30
Залишкова концентрація на початок дня (50 %)	0	15,0	22,5	26,5	28,1	29,1
Сумарна концентрація після прийому нової дози	30	45,0	52,5	56,2	58,1	59,1
Схема індукції В	30	30	40	40	40	40
Залишкова концентрація на початок дня (50 %)	0	15,0	22,5	31,2	35,6	37,8
Сумарна концентрація після прийому нової дози	30	45,0	62,5	71,2	75,6	77,8
Схема індукції С	30	40	50	60	60	60
Залишкова концентрація на початок дня (50%)	0	15,0	27,5	38,7	49,4	54,7
Сумарна концентрація після прийому нової дози	30,0	55,0	77,5	98,7	109,4	114,7
Схема індукції D	30	50	70	70	70	70
Залишкова концентрація на початок дня (50 %)	0	15,0	32,0	51,0	60,5	65,2
Сумарна концентрація після прийому нової дози	30	65,0	102,0	121,0	130,5	135,2
Схема індукції L	30	40	50	60	70	80
Залишкова концентрація на початок дня (50 %)	0	15,0	27,5	38,75	49,4	59,7
Сумарна концентрація після прийому нової дози	30	55,0	77,5	98,75	119,4	139,7

починається етап стабілізації. У період стабілізації слід збільшувати дозування в середньому на 5–10 мг один раз на тиждень до досягнення оптимальної дози, що коливається в діапазоні 80–120 мг. Орієнтирами слугують об'єктивні симптоми і скарги пацієнта: він має почуватися комфортно, тобто не відчувати сонливості, млявості і не страждати від симптомів відміни, що часто виявляються вранці, напередодні прийому наступної дози метадону.

Слід уникати суперечок із пацієнтами, які вимагають збільшення дози, посиляючись на

те, що призначена доза їх «не тримає». Деякі пацієнти дійсно потерпають від виражених проявів ГАС, але деякі з них лише побоюються тривалого періоду абстиненції. Відповідаючи на запит пацієнта, можна підвищити дозу до такого рівня, щоб наступного дня на прийомі він куняв або виявляв інші ознаки передозування. Це послужить підставою для зниження дози і переконає пацієнта, що лікар не «шкодує метадону», а діє в його інтересах і призначає дозування, яке відповідає його толерантності. Інша складність при підборі дози полягає в тому, що деякі пацієнти не хочуть приймати стандартні дози агоніста і наполягають на дозуванні не вище 60 мг метадону. Вони мотивують це прагненням менше травмувати печінку або розраховують незабаром відмовитися від опіатів і вважають, що з меншої дози легше перейти до безнаркотичного способу життя. Потрібно мати на увазі, що найчастіше за цими мотивами стоїть не тільки погана поінформованість, а й бажання продовжувати періодичне вживання нелегальних опіоїдів. Якщо доза метадону не перевищує 60 мг на добу, то не забезпечується блокада опіоїдних рецепторів, і пацієнт має можливість періодично робити собі ін'єкції героїну або «ширки» з метою досягнення ейфорії. У разі застосування адекватної дози агоніста введення нелегальних опіоїдів не дає очікуваного ефекту, відтак лікар досягає одного з найважливіших результатів ЗПТ – відмови пацієнта від ін'єкційної практики.

Проведення індукції бупренорфіном. Призначення перших доз бупренорфіну рекомендується не раніше ніж через 12 годин після останнього прийому опіатів короткотривалої дії при наявності проявів гострого абстинентного синдрому. За призначення препарату раніше, до проявів симптомів відміни, бупренорфін завдяки антагоністичному ефекту може погіршити стан пацієнта та спровокувати розвиток ГАС. У перший день призначають бупренорфін у дозі 4 мг; якщо дані про толерантність пацієнта сумнівні – у дозі 2 мг. Через 1,5–2 години, при збереженні симптомів гострого абстинентного синдрому, дозу бупренорфіну можна підвищити ще на 2–4 мг. У перший день індукції достатньо 8 мг бупренорфіну, однак за необхідності (збереження об'єктивних проявів ГАС) доза може бути підвищена до 16 мг. Протягом другого та третього днів, якщо у пацієнта далі спостерігаються прояви синдрому відміни, дозу бупренорфіну підвищують на 2–4 мг, але не більше 16 мг сумарно. Як правило, тривалість індукції бупренорфіном у середньому становить 3 дні.

Період індукції є найбільш небезпечним щодо виникнення *передозувань агоністів опіоїдів*. Абсолютна більшість випадків передозування серед пацієнтів пов'язана з уживанням інших психотропних речовин (алкоголю, барбітуратів, нелегальних опіоїдів, снодійних, транквілізаторів), не призначених лікарем, тому всі пацієнти мають бути повною мірою поінформовані про ризики, пов'язані зі вживанням інших легальних або нелегальних психотропних речовин. Має значення також коливання толерантності при пропусках прийому доз та загальному ослабленні організму.

Якщо пацієнти приймають метадон вдома, його передозування частіше трапляється на третій-четвертий день індукції під час сну (через 3–4 години після пікової концентрації метадону в крові). Тому під час індукції метадон видають зранку, щоб пік концентрації припадав на денний час, коли пацієнти перебувають в лікувальному закладі під наглядом медичного персоналу. Пацієнти з підозрою на передозування мають залишатися в медичній установі під наглядом до зникнення загрози. Членів сімей слід попередити, що сильне хропіння під час сну в період індукції може бути ознакою перевищення дози, про що потрібно повідомити медичний персонал. Пацієнтів та, за можливості, їхніх родичів інформують про ознаки передозування опіоїдами, які можуть проявлятися так:

- різке звуження зіниць;
- нудота;
- пригнічення свідомості;
- сонливість, дрімота;
- нестійка хода, сплутана мова;
- хропіння;
- артеріальна гіпотензія;
- зниження частоти серцебиття (брадикардія);
- поверхневе дихання (гіповентиляція);
- хрипи при диханні (набряк легень);
- кома.

Антидотом у випадках передозування агоністів опіоїдів є антагоніст налоксон. Слід мати на увазі, що його дія коротша за дію метадону, тому стан пацієнта після перших годин покращання може знову погіршитись. Тоді потрібно повторно вводити налоксон. Зазвичай його вводять внутрішньом'язово в дозах від 0,4 до 1,2 мг залежно від стану пацієнта. Пацієнт має перебувати під наглядом протягом 12–16 годин з моменту передозування. За необхідності налоксон вводять повторно.

На стадії індукції пацієнтам слід рекомендувати утримуватись від керування автотранспортом і технікою, доки не досягнуто стану стабілізації та не визначено постійну дозу агоніста, що дозволяє пацієнтові відчувати себе водночас комфортно та без ознак інтоксикації. Опіатна інтоксикація може виникати в період підбору дози, якщо доза не співпадає з рівнем нейроадаптації. Оскільки складно передбачити, який ефект справлятиме змінена доза бупренорфіну або метадону, пацієнти мають утримуватися від діяльності, яка потребує значної концентрації уваги та швидкості реакції. Наукові дослідження свідчать, що вживання метадону або бупренорфіну може деякою мірою впливати на швидкість реакції, але їхній вплив на стиль керування є дуже незначним порівняно з іншими факторами, як-от тип особистості.

A blue geometric pattern on a white background. The pattern is composed of several squares and rectangles, some of which are divided by a diagonal line from the top-left to the bottom-right. The shapes are arranged in a stylized, abstract shape that resembles a large, irregular letter 'L' or a corner. The pattern is composed of several squares and rectangles, some of which are divided by a diagonal line from the top-left to the bottom-right. The shapes are arranged in a stylized, abstract shape that resembles a large, irregular letter 'L' or a corner. The pattern is composed of several squares and rectangles, some of which are divided by a diagonal line from the top-left to the bottom-right. The shapes are arranged in a stylized, abstract shape that resembles a large, irregular letter 'L' or a corner.



були побоювання, страх з приводу роботи з цими пацієнтами. Але коли ми почали працювати з ними, він зник». У рамках цього проекту досліджено ставлення медичного та адміністративного персоналу до різних груп пацієнтів ЦПМСД (рис. 3), на базі яких проводились програми ПТАО. З наведених результатів видно, що ставлення персоналу до споживачів ін'єкційних наркотиків є гіршим за ставлення до ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Однак в процесі ЗПТ медичні працівники позбулися частини своїх упереджень щодо цієї групи хворих і згодом набули більш толерантної позиції.

Опитані у дослідженні пацієнти відзначали, що ставлення медичного персоналу для них є важливим: «Мені дуже сподобалося це місце. Тому що все так добре. Ну, я б сказав, що вони ставляться до нас більш уважно... Мені дуже подобається. Я почуваю себе тут краще...» Чим більше знижувалася стигматизація таких пацієнтів, тим більше зростала довіра до лікаря.

Відповідно до клінічного протоколу ведення хворих з опіоїдною залежністю, перед початком ЗПТ вони мають засвідчити власний свідомий вибір цього методу терапії шляхом підписання інформованої згоди на участь у лікуванні. На практиці процедура отримання інформованої згоди часто виконується формально: пацієнту лише пропонують ознайомитись із цим документом і поставити підпис у відповідному бланку. Однак отримання інформованої згоди – це важливий етап інтегрованого лікування, спрямований на вмотивування пацієнта до ЗПТ і прояснення його очікувань, установок та побоювань. Важливо, щоб під час ознайомлення з порядком лікування пацієнт був дійсно поінформований про переваги та безпечність замісної терапії, потребу такого лікування саме для нього, можливі побічні ефекти і способи їх мінімізації. Особливо це стосується хворих із супутніми інфекційними захворюваннями (ВІЛ, ТБ, вірусні гепатити). Таким чином, акцент слід робити більшою мірою на інформуванні, ніж на отриманні формальної згоди. Навіть якщо пацієнт відмовиться взяти участь у програмі ЗПТ, йому буде корисно почути достовірну інформацію щодо цього методу. Імовірно, що через певний час він змінить свою думку і погодиться почати лікування агоністами опіоїдів.

Технологія процедури отримання інформованої згоди на ЗПТ має назву «коротка інтервенція» і складається з кількох блоків:

- Установлення продуктивного контакту з майбутнім пацієнтом, діагностичне опитування та спроба налагодити терапевтичний альянс.
- Отримання від пацієнта інформації щодо його уявлень та переконань стосовно ЗПТ.
- Інформування пацієнта про переваги ЗПТ, її цілі та завдання.
- Робота з хибними уявленнями та міфами щодо ЗПТ.
- Спільна робота з побудови терапевтичного плану.

Отримання зворотного зв'язку.

Блок І. Відповідно до техніки мотиваційного інтерв'ю, спілкування із хворим має бути позбавлене директивності та патерналізму. Йому потрібно дати відчуття, що він самостійно приймає рішення щодо лікування та збереження власного здоров'я. Медперсонал буде йому допомагати, але не може взяти на себе всю відповідальність за його здоров'я і не порушуватиме його право на автономність і незалежність. Перша бесіда може виглядати приблизно таким чином:

«Я маю одразу пояснити, що не збираюся Вас якимось чином змінювати та на Вас тиснути. Я сподіваюся, що зможу допомогти Вам об'єктивно оцінити ситуацію, у якій Ви зараз перебуваєте, і, можливо, Ви визначите для себе те, що Ви хочете зробити. Якщо Ви погодитесь, що все ж таки якісь зміни зробити потрібно, Ви самі вирішите, як Вам поводитись. Ніхто не може наказати Вам, що Ви повинні робити, і ніхто не може Вас змінити. Я надам Вам інформацію, пов'язану з Вашою ситуацією і, можливо, деякі поради. Але що Ви робитимете з усією цією інформацією – це вирішувати тільки Вам. Єдина людина, яка може вирішити, чи варто щось міняти і як це зробити, це Ви сам(а). Сподіваюся, такий варіант спілкування Вас влаштовує?»

Блок II. Діагностична процедура, якщо її не проведено на попередньому етапі і якщо цей пацієнт ще не має встановленого діагнозу, проводиться за стандартною процедурою, викладеною у клінічній настанові «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів». Протягом збирання анамнезу необхідно оцінити досвід вживання всіх можливих видів ПАР (у тому числі заборонених та фармацевтичних опіоїдів, алкоголю, марихуани, стимуляторів, бензодіазепінів), тривалість їх вживання, дозування та частоту вживання протягом останнього часу, способи їх вживання та час, коли пацієнт вживав ці речовини останній раз. Також необхідно проаналізувати попередні спроби лікування, здійснені пацієнтом (у тому числі ті, що, на його думку, були ефективними), з'ясувати, які фактори призвели до рецидиву і які варіанти лікування пацієнт готовий розглянути наразі. Дуже корисним є опитувальник МКХ-10 (див. додаток 1), завдяки якому діагностичний процес стає більш структурованим та об'єктивним і займає менше часу.

Блок III. Інформування проводиться в інтерактивний спосіб і не повинно виглядати як монолог. Спочатку потрібно коротко, але чітко нагадати пацієнту про проблеми, пов'язані зі вживанням нелегальних опіоїдів. Для цього рекомендовано використати рисунок з таблицею (див. додаток 2) й обговорити, як пацієнт ставиться до даних про негативний вплив наркотиків на його організм та соціальне функціонування.

Шкідливий вплив від споживання опіоїдів

- сверблячка, нудота і блювота;
- сонливість, запор, карієс;
- нездатність концентруватися і запам'ятовувати;
- емоційні проблеми;
- соціальні проблеми;
- зниження сексуального бажання і репродуктивності;
- труднощі у відносинах з оточенням;
- фінансові проблеми і проблеми на роботі;
- порушення закону;
- толерантність і фізична залежність;
- абстинентний синдром;
- ризик інфікування (вірусний гепатит та ВІЛ);
- передозування і смерть від дихальної недостатності;
- депресія;
- інфекції кісток.

Слід з'ясувати, *що* пацієнт знає про ЗПТ і яке в нього ставлення до цього виду лікування. Тільки потім, залежно від його відповідей, проводити інтервенцію з наголосом на його хибні уявлення.

Корисно поставити такі запитання:

«Які переваги Ви бачите в тому, щоб продовжувати вживати вуличні наркотики?»;

«Назвіть п'ять причин, через які Ви не повинні позбуватися вживання вуличних наркотиків»;

Назвіть п'ять причин, через які Ви не повинні починати ЗПТ.

Зазвичай пацієнтам складно перелічити три і більше причин.

Не слід піддавати критиці думку пацієнта, потрібно його вислухати, а потім спитати, на підставі яких фактів він дійшов цього висновку. Якщо він спирався на поширені міфи, то слід протиставити упередженням професійну точку зору і підкреслити, що вона ґрунтується на результатах багатьох наукових досліджень та на підтверджених клінічних спостереженнях.

Далі потрібно викласти цілі та переваги ЗПТ (див. Вставку 1). По-перше, слід сказати, що слово «замісна» використовується за традицією, але воно не зовсім відповідає суті лікування. Фактично метадон або бупренорфін – це не заміна наркотику, а препарати підтримувально-

го лікування. На відміну від героїну або ацетильованого розчину екстракту макової соломки, що є агоністами короткої дії, метадон і бупренорфін мають продовжену дію. Крім того, вони вводяться через рот, а не параентерально, і тому не викликають миттєвої інтоксикації. Ці препарати дозволяють підтримувати постійну концентрацію опіоїдів у крові та сприяють формуванню стану стабілізації. Для осіб з певною толерантністю до опіоїдів стабільна концентрація цих речовин у крові не є шкідливою, вона не впливає на якість їхнього життя, якщо пацієнти утримуються від вживання «вуличних» наркотиків. Важливо пояснити, що через 2-3 роки за умов доброго та стабільного сомато-психологічного стану можна буде почати поступово зменшувати дози препаратів ЗПТ і з часом перейти на вільний від наркотиків спосіб життя.

ЩЕ ПОТРІБНО ЗНАТИ ПРО МЕТАДОН

1. Метадон дозволяє людям нормально функціонувати, тому що усуває симптоми абстиненції і потяг до опіатів, блокує ейфорію, спричинену опіатами, і поступово виправляє хімічні порушення в мозку, що виникли внаслідок вживання опіатів. Коригування порушень в головному мозку може зайняти багато часу, у деяких випадках зміни є незворотними, тоді метадон потрібно приймати значно довше.
2. Підтримувальна терапія метадоном є наразі найбільш ефективним методом лікування опіоїдної залежності.
3. Терапія метадоном – це найбільш економічно виправданий засіб лікування опіоїдної залежності.
4. Участь у програмі метадонової терапії значно знижує ризик інфікування ВІЛ та гепатитом С, а для ВІЛ-позитивних пацієнтів підвищує ймовірність успішного лікування, забезпечуючи прихильність до АРТ.
5. Лікування метадоном не є короткостроковим методом терапії; препарат потрібно приймати протягом 2,5–3 років, щоб терапія дала бажаний результат.
6. Лікування метадоном дозволяє підвищити якість життя, надає можливість працювати, зменшує ймовірність втягнення у злочинну діяльність та повернення до в'язниці, а також створює умови для покращення відносин з сім'єю, друзями і співробітниками.
7. На початку терапії метадоном можуть спостерігатися побічні ефекти (підвищена пітливість, закрепи, порушення сну), але пізніше вони минають самі собою або в результаті додаткового лікування.

Міфи щодо метадону:

НЕПРАВИЛЬНО. Вагітна жінка, яка страждає на опіоїдну залежність, досягне найкращих результатів для себе і для своєї майбутньої дитини, якщо прийматиме метадон. Результат ва-

гітності буде найбільш сприятливим для матері та новонародженого, якщо мати залишається на метадоні, ніж якщо вона припинить прийом метадону і буде відчувати абстинентний синдром під час вагітності. Метадон не викликає жодних відхилень у розвитку плода і не спричиняє когнітивних порушень або будь-яких інших аномалій у дітей в період їхнього росту й розвитку. Прийом метадону не є протипоказанням для годування груддю.

Метадон робить чоловіків безплідними.

НЕПРАВИЛЬНО. Метадон може знизити рівень тестостерону у чоловіків, але ця проблема легко діагностується і лікується. Однак героїн знижує рівень тестостерону **ЗНАЧНО** сильніше, ніж метадон.

Якщо метадон видають безкоштовно, значить, це поганий препарат.

НЕПРАВИЛЬНО. Це не безкоштовний препарат. Насправді пацієнтові пощастило, що він отримав можливість скористатися замісною підтримувальною терапією метадоном, яка є частиною глобальної реформи медичної допомоги, схваленої на рівні Уряду та ВООЗ.

Застосування метадону – це змова західних країн.

НЕПРАВИЛЬНО. Метадон розроблений спеціально для лікування опіїдної залежності і використовується в усьому світі. Він недорогий, і виробники не отримують з нього суттєвого прибутку. Застосування метадону не має жодного ідеологічного забарвлення, але ЗПТ наштотується на опір, спричинений консервативними традиціями та ігноруванням наукових даних.

Детальну інформацію про роботу з міфами і протидію упередженням щодо ЗПТ можна знайти на веб-сторінці Альянсу громадського здоров'я у посібнику «Опиоидная заместительная терапия: мифы и факты» [17].

Блок V. Спільна робота з побудови терапевтичного плану – неодмінна складова коротко-термінового втручання, що передусє інтегрований допомозі хворим на наркотичну залежність. ІМСД є довгостроковою програмою, і лікар разом із пацієнтом мають створити план, за яким у подальшому розгортатиметься терапевтичний процес. У традиції вітчизняної медицини вибудовувати відносини з хворими у так званий патерналістський спосіб, коли лікар виступає в ролі носія незаперечної істини, а пацієнт має лише виконувати його приписи. Навіть є така розхожа формула: «пацієнт повинен довіряти своєму лікарю». Наркозалежні не схильні довіряти нікому, крім свого найближчого оточення, і сприймають медичний персонал як представників того ж «ворожого табору», до якого належать їхні батьки, вчителі, поліцейські, державні службовці. Це для наркозалежних хворих постійне джерело небезпеки й осуду. Тому дуже важливо встановити з пацієнтом терапевтичний альянс, залучаючи його до обговорення всіх кроків щодо

Зазвичай пацієнтів ЗПТ цікавить, які перспективи щодо продовження програми, чи буде вона в подальшому для них безкоштовною, чи не заборонять взагалі метадон (такі чутки часто циркулюють у пресі), чи існує можливість отримувати препарат за рецептом. Лікар має бути готовим відповісти на ці запитання.

Блок VI. Отримання зворотного зв'язку – важливий фактор налагодження продуктивних стосунків між лікарем і пацієнтом та підтримки терапевтичного альянсу. Надаючи рекомендації, повідомляючи про нові приписи, зміни в дозуванні, додаткові обстеження чи проведення тестування на наркотики, потрібно завжди питати пацієнта, як він зрозумів рекомендації, чи має він намір їх виконувати, чи задоволений він зустріччю з лікарем, чи немає в нього якихось питань, які він не наважується поставити. Отримання зворотного зв'язку допомагає медперсоналу впевнитись у тому, що лікування просувається в напрямку досягнення максимального ефекту.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Інтегрована медико-соціальна допомога хворим на ОЗ в умовах первинної ланки медичної допомоги обов'язково передбачає надання певних послуг з профілактики інфікування ВІЛ та ведення хворих на ВІЛ-інфекцію. Оскільки кожен п'ятий пацієнт з ОЗ має ВІЛ-позитивний статус, а частка осіб з ВІЛ-інфекцією становить близько 40 % отримувачів ПТАО, сімейний лікар має бути компетентним з таких питань:

1. добровільне консультування та тестування на ВІЛ;
2. порядок обстеження осіб, у яких виявлені антитіла до ВІЛ;
3. призначення антиретровірусної терапії;
4. схеми АРТ першого ряду;
5. моніторинг стану хворих на ВІЛ-інфекцію;
6. робота з налагодження прихильності до АРТ;
7. надання психосоціальної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію.

Добровільне консультування і тестування (ДКТ) слід проводити відповідно до наказу МОЗ від 21.12.2010 № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової

Направляючи хворих на ОЗ до центру СНІДу, слід брати до уваги їхні особистісні та поведінкові характеристики. Якщо обмежитись лише рекомендацією звернутися до ЦПБС, є велика вірогідність (за деякими дослідженнями – 70–75 %), що ЛВНІ її не виконають. Тому

потрібно вдатися до заохочувальних заходів і за можливості забезпечити пацієнта супроводом, докласти зусиль, щоб він міг потрапити до спеціаліста без черги. Супроводжувати ЛВНІ може працівник профільної НУО, яка бере участь у роботі з такими випадками за мультидисциплінарним принципом.

Сімейний лікар має рекомендувати пацієнтам з ОЗ проходити тестування на ВІЛ кожні шість місяців, а також запропонувати ДКТ його родичам і сексуальним партнерам.

Порядок обстеження осіб, у яких виявлені антитіла до ВІЛ. Метою первинного обстеження є:

- підтвердження клінічного діагнозу ВІЛ-інфекції;
- визначення клінічної стадії захворювання;
- виявлення опортуністичних інфекцій та/або супутніх захворювань, ризику їх розвитку для визначення подальшої терапевтичної тактики;
- сприяння соціально-психологічній адаптації.

Кожен ВІЛ-інфікований пацієнт, який звертається по медичну допомогу, має бути обстежений із застосуванням таких методів:

- виявлення скарг і збір анамнезу (у т. ч. анамнезу захворювання та життя, застосування лікарських засобів; соціального анамнезу, з особливою увагою до скринінгу на депресію та побутове насильство);
- об'єктивне фізикальне обстеження;
- лабораторне обстеження (аналіз крові на вміст лімфоцитів CD4 та вірусне навантаження);
- інструментальне обстеження (рентгенологічне, ультразвукове тощо);
- консультації вузьких спеціалістів (за показаннями);
- оцінка поінформованості та рівня знань щодо ВІЛ-інфекції, з увагою до профілактики ризику передачі ВІЛ.

Залежно від результатів обстеження подальше медичне спостереження може передбачати профілактику, діагностику та лікування опортуністичних інфекцій, супутніх захворювань та ускладнень, антиретровірусну терапію, періодичні планові медичні огляди або інші заходи – за показаннями.

Якщо в процесі надання ІМСД у пацієнта виявлено ВІЛ, сімейний лікар повинен далі вести його як хворого із подвійним діагнозом «наркозалежність + ВІЛ-інфекція», здійснювати клінічний моніторинг його стану та своєчасно призначати необхідні аналізи й консультації і контролювати прихильність до лікування. Потрібно забезпечити якомога повніше обстеження

Лікування ВІЛ-інфекції складається з антиретровірусної терапії, фармакотерапії опортуністичних інфекцій, заходів забезпечення прихильності до лікування та психосоціальної підтримки. Дані щодо проведення АРТ вичерпно викладені в Клінічному протоколі антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженому 12.07.2010 р. наказом МОЗ № 551 [15] зі змінами, що містяться в наказі МОЗ України № 887 від 22.12.2015.

Із методикою надання послуг з розвитку прихильності до АРТ та психосоціальної підтримки хворим на ВІЛ-інфекцію можна ознайомитись у посібнику «Методичні вимоги до надання соціальних послуг для ВІЛ-позитивних осіб» [14].

Систематичний контроль стану здоров'я ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків здійснюється мережею спеціалізованих закладів охорони здоров'я. На сьогодні такими медичними установами є обласні та міські центри профілактики та боротьби зі СНІДом, Кримський республіканський центр профілактики та боротьби зі СНІДом, клініка ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського АМН України», кабінети інфекційних захворювань, кабінети «Довіра» та інфекційні відділення, що спеціалізуються на лікуванні ВІЛ-інфекції.

44

результати лабораторних та інструментальних досліджень). У майбутньому оптимальним є перехід до електронної системи збереження та використання інформації.

Відповідно до чинного законодавства систематичний контроль стану здоров'я ВІЛ-інфікованого пацієнта має проводитись за умови його добровільної згоди. Кожен пацієнт має право спостерігатись і отримувати медичну допомогу у медичному закладі за власним вибором. Рекомендується активно запрошувати ВІЛ-інфікованих пацієнтів на огляди та обстеження, не порушуючи їхнього права на відмову від обстеження і лікування, з дотриманням правил конфіденційності та збереження медичної таємниці. Звичайно, таким закладом може бути ЦПМСД, де пацієнт отримує ПТАО, виходячи принаймні з того, що він мусить відвідувати цей заклад кожного дня.

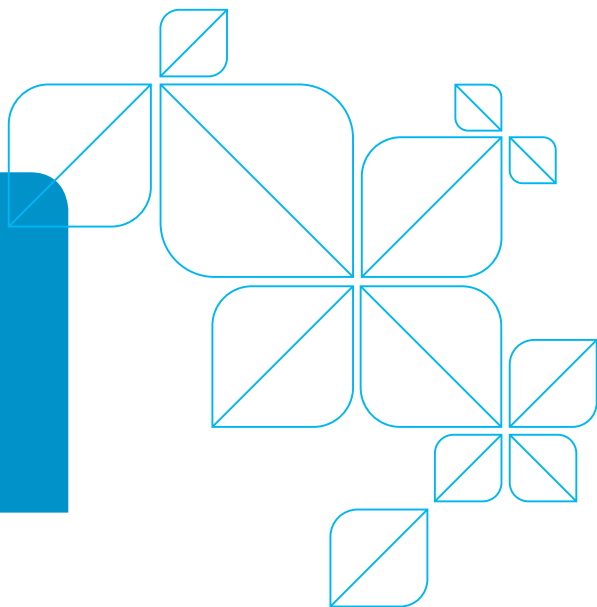
Найбільш ефективний спосіб обслуговування ВІЛ-позитивних пацієнтів передбачає надання їм медичної допомоги в межах однієї установи. Якщо на сьогодні це неможливо або пацієнт потребує медичних послуг, що не можуть бути забезпечені в даному медичному закладі з технічних або кваліфікаційних причин, його доцільно доправити до інших медичних закладів, попередньо погодивши направлення. Важливо забезпечити спадковість і повноцінний обмін інформацією між медичними установами, які надають допомогу хворим на ВІЛ-інфекцію, з дотриманням принципу конфіденційності.

В Україні відбувається процес реформування системи охорони здоров'я, наразі визначено тільки основні його тренди. Чи не найпомітніший з них – розширення можливостей надання медичних послуг на первинному рівні. Відповідно до цього пацієнти з ОЗ і ВІЛ-інфекцією мали б отримувати догляд та медичну допомогу в ЦПМСД. Водночас марно сподіватись на те, що сімейні лікарі швидко набудуть потрібної для цього компетенції. Тому з метою реалізації в умовах ЦПМСД першого етапу інтеграції послуг ЛВНІ з подвійним діагнозом слід налагодити ефективну особисту співпрацю сімейних лікарів із фахівцями спеціалізованих закладів.

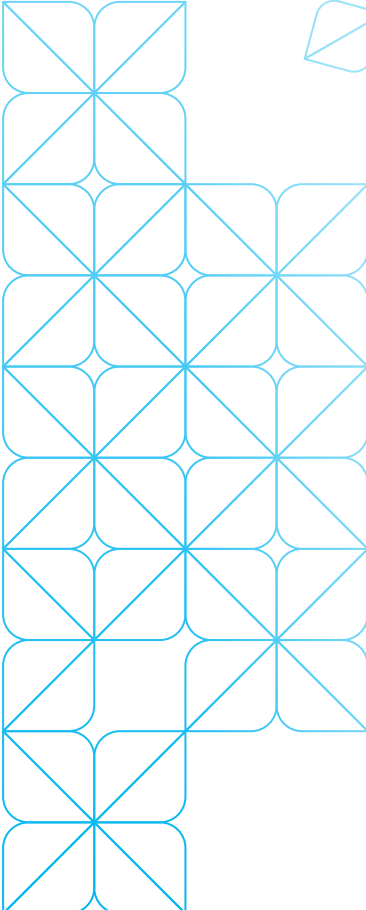
На першому етапі можна рекомендувати сімейним лікарям виконувати певний обсяг послуг з діагностики та лікування/догляду ВІЛ-позитивних наркозалежних. У подальшому цей мінімум може розширюватися, поступово досягаючи того рівня, коли інтеграція стане максимальною і пацієнти отримуватимуть усі діагностичні та лікувальні послуги в одному ЦПМСД. До такого мінімуму належать:

- **для всіх пацієнтів з ОЗ:**

1. проведення ДКТ кожні шість місяців;
2. збір скарг та фізикальне обстеження, орієнтоване на діагностику ВІЛ-інфекції;



ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ



Необхідність інтегрованого лікування хворих на залежність і туберкульоз обґрунтована кількома фактами. Хворі на ОЗ мають значно більшу вірогідність захворіти на ТБ порівняно з іншими верствами населення. Залежні від опіоїдів мають високі ризики прогресування туберкульозу у зв'язку з невпорядкованим способом життя та високим рівнем стресу через інтоксикацію при внутрішньовенному введенні опіоїдів та абстиненцію. Важливо й те, що спосіб життя споживачів наркотиків, а також стигматизація і дискримінація з боку багатьох медичних працівників негативно впливають на їхній доступ до лікування й утримання в ньому [27; 45; 61]. Значна частка ЛВНІ має ВІЛ-позитивний статус, відтак проблема набуває ще більшої актуальності, оскільки ризик захворіти на ТБ у осіб з ВІЛ-інфекцією є високим. Лікування таких пацієнтів вимагає від лікаря підвищеної уваги і постійного ретельного моніторингу їхнього статусу. У багатьох ЦПМСД працюють штатні консультанти – фтизіатри, але лікарі загальної практики сімейної медицини повинні мати належну підготовку з профілактики та лікування туберкульозу, щоб компетентно надавати інтегровані медичні послуги.

Туберкульоз – це спричинене мікобактеріями туберкульозу (*Micobacterium tuberculosis*) інфекційне захворювання, що

Усі ВІЛ-інфіковані пацієнти мають бути обстежені на наявність або ризик розвитку туберкульозу, а усім хворим на туберкульоз потрібно запропонувати консультування та тестування на ВІЛ, оскільки:

- Ретельного обстеження на туберкульоз потребують передусім пацієнти, які:

- Симптоматика, за якої пацієнти обов'язково мають бути обстежені на туберкульоз***

- кашель сухий або з виділенням мокротиння понад два тижні;
- біль у грудній клітці, пов'язаний із диханням;
- кровохаркання, легенева кровотеча.

- фебрильна, субфебрильна температура;
- схуднення, втрата апетиту, підвищена пітливість вночі;
- слабкість.

Таблиця 2

**ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА ПРЕПАРАТІВ АРТ
У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД ЛВНІ**

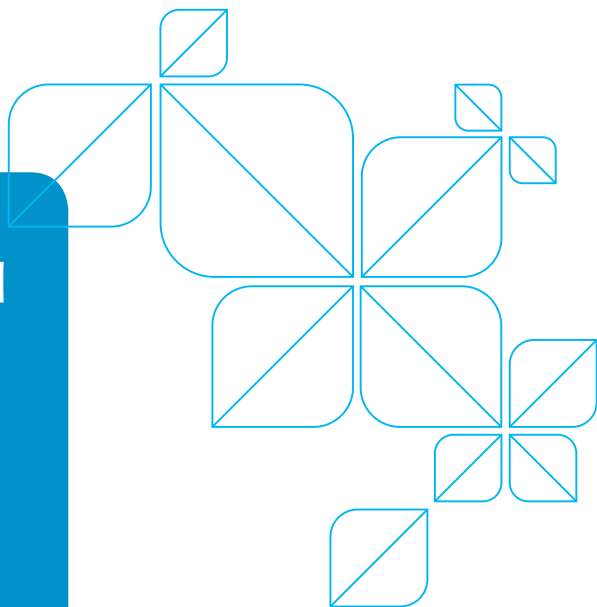
Препарат	Особливості застосування
Ізоніазид (H)	Може спричинити тяжкі нейропатії при АРТ, у схему якої входить ставудин (d4T).
Рифампіцин (R)	Вступає у небажані медикаментозні взаємодії з основними препаратами АРТ та флуконазолом (знижує їх концентрацію в крові за рахунок посилення метаболізму в печінці). Препарати АРТ, навпаки, підвищують концентрацію рифампіцину в крові, що може призвести до гепатотоксичних реакцій. Потребує моніторингу аланінамінотрасферази (АЛТ) в процесі лікування при супутньому вірусному гепатиті В та С.
Піразинамід (Z)	Потребує моніторингу АЛТ в процесі лікування при супутньому інфікуванні вірусами гепатитів В та С.
Ефавіренц (EFV)	Схемам АРТ з включенням ефавіренцу (EFV) рекомендовано надавати перевагу. При використанні рифампіцину дозу EFV збільшують до 800 мг, при цьому дозу рифампіцину не знижують. Знижує активність метадону, тому потрібно підвищувати дозу останнього.
Невірапін (NVP)	Не призначати, якщо в режимі хіміотерапії туберкульозу присутній рифампіцин внаслідок підвищення гепатотоксичності. Рифампіцин знижує концентрацію невірапіну у крові на 37 %.
Інгібітори протеази	Не рекомендовано призначати разом із рифампіцином, тому що їх концентрація в крові знижується на 70–85 %.
Диданозин (ddI), Ставудин (d4T)	З найбільшою обережністю використовувати ставудин (d4T), особливо в комбінації з диданозином (ddI). Може виникнути необхідність зниження дози рифампіцину до 0,15 г на добу. Уникати сумісного використання з ізоніазидом у схемах протитуберкульозного лікування внаслідок високого ризику тяжких нейропатій.

Терапія ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ у ЛВНІ є надзвичайно складною проблемою, проте вона може бути успішною за своєчасного початку, правильного вибору схем та дозування препаратів. Лікування ТБ є життєво значущим для ВІЛ-інфікованих пацієнтів і має розпочатися одразу після встановлення діагнозу туберкульозу. Основним питанням, яке постає перед лікарем при веденні хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, – коли і яке лікування необхідно призначати. Перелік антимікобактеріальних препаратів, їх форм випуску та дозування наведено в додатку 4. Основні застереження щодо сумісного призначення АРТ, антимікобактеріальної терапії та агоністів опіоїдів представлені в таблиці 2.

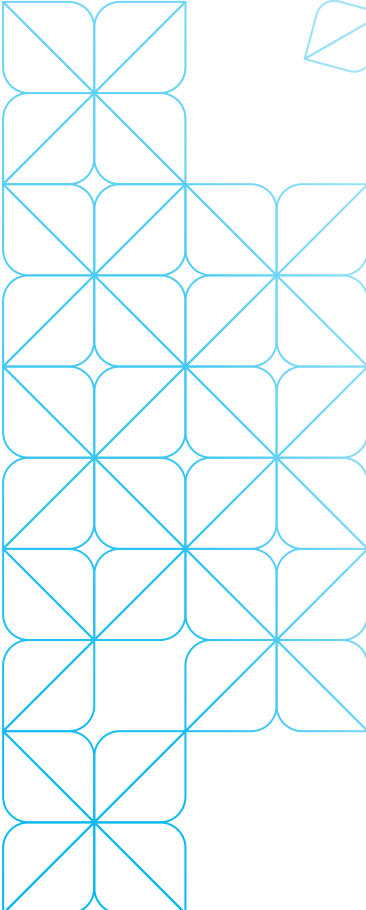
Відповідно до рекомендацій ВООЗ, стосовно ВІЛ-позитивних хворих має застосовуватись правило трьох «І»:

- Під час лікування туберкульозу у ЛВНІ необхідно передбачити корекцію доз препаратів ЗПТ. Оскільки рифампіцин є сильним індуктором цитохрому Р450, він може знижувати в крові рівень метадону і бупренорфіну, які метаболізуються за його участю. При призначенні рифампіцину дози агоністів опіоїдів мають бути підвищені. Окрім того, рифампіцин прискорює метаболізм інгібіторів протеази.

Порядок спостереження за пацієнтами, які отримують АРТ та антимікобактеріальну терапію, наведено у додатку 5. Детально тактику ведення пацієнта з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ викладено у Клінічному протоколі надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію (затверджений наказом МОЗ від 28.05.2008 № 276).



ЗАХОДИ ЗІ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ. КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У СЕРЕДОВИЩІ ЛВНІ



Визнання ін'єкційного вживання наркотиків головною рушійною силою поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу спонукало служби охорони здоров'я до пошуку заходів забезпечення більш безпечної ін'єкційної поведінки ЛВНІ. Відтак поступово назріла потреба в реалізації програм, спрямованих на те, щоб навчити ЛВНІ вживати наркотики у спосіб, який зменшує ризик захворювання на ВІЛ та інші інфекції, що передаються через кров. Такий підхід надання допомоги хворим на наркотичну залежність прийшов на зміну стратегії лікування, спрямованої на повне припинення вживання наркотиків. Щоб донести інформацію до цієї закритої та майже недосяжної для профілактичних заходів групи, було розроблено принципи зменшення шкоди, а згодом і комплексну стратегію профілактики інфекцій, що передаються через кров, у середовищі ЛВНІ.

Стратегія зменшення шкоди (ЗШ) – це система політичних, медичних та соціальних заходів, спрямованих на мінімізацію негативних медичних, соціальних, економічних та правових проблем, спричинених вживанням наркотиків. Стратегія ЗШ не передбачає усунення проблеми вживання наркотиків та всіх її негативних наслідків. Вона акцентує увагу на практичних

Метою стратегії ЗШ є запобігання поширенню суспільно небезпечних інфекційних хвороб (ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, туберкульозу, інфекцій, що передаються статевим шляхом), мінімізація та пом'якшення інших негативних наслідків вживання наркотиків (бідність, злочинність тощо) в середовищі ЛВНІ та в загальній популяції.

- встановлення контактів та взаємодія з цією групою (у першу чергу з тими ЛВНІ, які не взяті на офіційній облік наркологічною службою і перебувають поза її увагою), сприяння налагодженню і підтримці їхніх контактів з медичними та соціальними службами;
- зміна ставлення ЛВНІ до проблеми вживання нелегальних наркотиків, у першу чергу ін'єкційних, формування навичок менш ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів В і С;
- зниження ризику передозування та інших нещасних випадків, що можуть призвести до смерті;
- захист прав та інтересів цільової групи.

Споживачі наркотиків страждають як від симптомів залежності, так і від передозувань (часто зі смертельним результатом) та ускладнень, пов'язаних з ін'єкціями (септичні стани та інфекції, передані через кров), які часто робляться в неприйнятних умовах. У споживачів

наркотиків також виникають проблеми правового характеру, оскільки вони легко залучаються до кримінальної діяльності. Пошук, придбання та вживання нелегальних наркотиків потребує значних зусиль і часу. Залежні від ПАР не можуть стабільно працювати, у них майже завжди виникають серйозні сімейні негаразди. Значні витрати на купівлю наркотиків позбавляють їх можливості повноцінно харчуватись і мати задовільні житлові умови.

Програми ЗШ допомагають споживачам:

- зменшити або навіть припинити вживання ін'єкційних наркотиків;
- отримати інформацію про безпечну поведінку і використати ці рекомендації у своєму житті;
- припинити використання спільного й нестерильного інструментарію для ін'єкцій;
- розпочати або продовжити відвідування реабілітаційних програм;
- зменшити ризик передозування при вживанні наркотиків.

Програми ЗШ також асоціюються зі зменшенням рівня злочинності та кількості випадків вживання наркотиків у громадських місцях. Кримінологічні дослідження за останні більш ніж тридцять років підтверджують, що пом'якшення законодавства щодо вживання наркотиків не сприяє зростанню споживання нелегальних наркотиків, а застосування суворих заходів покарання не запобігає їх поширенню.

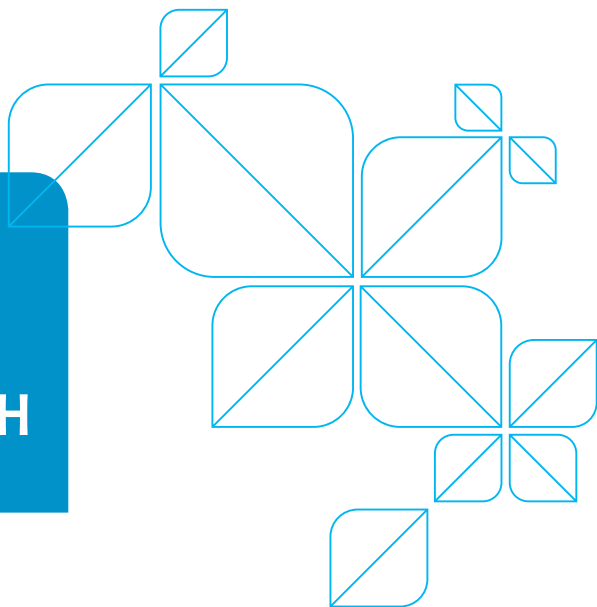
Програми ЗШ зберігають і поліпшують якість життя ЛВНІ. Саме якість життя кожної людини та суспільства в цілому є пріоритетним завданням успішних соціальних програм. ЗШ включає надання послуг і ресурсів споживачам на непримусовій та неупередженій основі й виходить з того, що люди, які вживають наркотики, мають право голосу при формуванні наркотичної політики та державних програм, покликаних відповідати потребам наркоспоживачів. ЗШ також ґрунтується на припущенні, що споживачі наркотиків самі є важливою рушійною силою у зниженні негативної дії вживання ПАР. Тому необхідно надати їм можливість і допомогти обмінюватися інформацією й підтримувати один одного в розробці стратегій зі зменшення негативних наслідків вживання наркотиків, які відповідають реальним умовам.

Здійснення програм обміну шприців та голок, замісної терапії дає позитивні результати незалежно від культуральних та економічних відмінностей між регіонами. З економічної точки зору програми ЗШ є дешевшими, ніж надання медичної допомоги, лікування від наркотичної залежності та ВІЛ-інфекції/СНІД, а також витрати на юридичні послуги, потрібні за відсутності таких програм. Також доведено, що програми ЗШ зменшують злочинність і тим самим допомагають створити у місцевих громадах більш безпечні умови життя, знижуючи витрати на судочинство й утримання в'язниць.

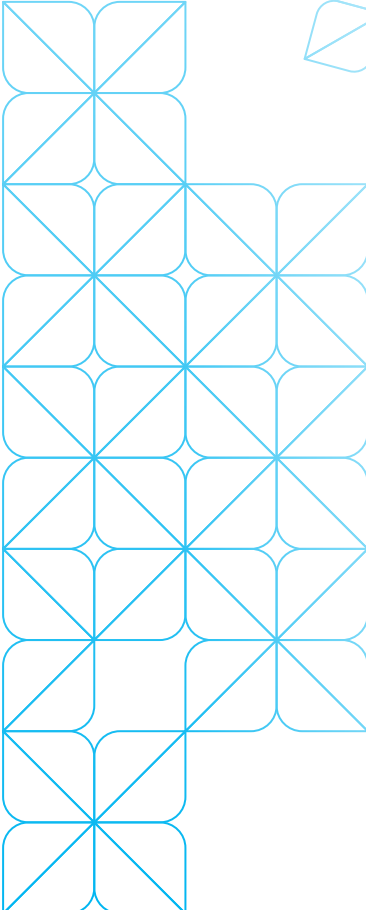
Комплексна програма профілактики, лікування та догляду в середовищі ЛВНІ передбачає дев'ять груп заходів, що мають провідне значення для профілактики та лікування ВІЛ-інфекції:

- Аутріч-робота (від англ. *outreach* – зовнішній контакт) зі зменшення шкоди – це важливий метод надання послуг та основний компонент усіх програм профілактики і лікування ВІЛ-інфекції в середовищі ЛВНІ, з якими зазвичай складно встановити контакт. Він є надзвичайно ефективним засобом у програмах обміну шприців та голوک, забезпечення презервативами, цільових програмах з інформування та освіти, адресованих ЛВНІ та їхнім статевим партнерам. Аутріч-працівники працюють із клієнтами в місцях, де вони часто збираються.

В умовах ЦПМСД лікар може налагодити співпрацю з НУО, що надає послуги зі ЗШ, і направляти до неї своїх пацієнтів, які страждають на ОЗ, для участі у програмах інформування, обміну шприців тощо. Більш детальну інформацію про реалізацію програм зменшення шкоди можна отримати в посібнику «Уроки зменшення шкоди», розробленому Міжнародним альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні [20].



ОТРИМАННЯ ЛІЦЕНЗІЇ НА ОБІГ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН



Призначення метадону та бупренорфіну для ПТАО регулюється законодавством щодо обігу наркотичних засобів. В Україні обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів підлягає ліцензуванню. Такий вид діяльності регламентують перелічені нижче нормативні акти:

Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» від 15.02.1995 № 60/95-ВР (зі змінами та доповненнями).

Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» від 01.06.2000 № 1775-ІІІ (зі змінами та доповненнями).

Постанова КМУ «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом» від 03.06.2009 № 589 (зі змінами і доповненнями).

Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці І Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання,

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, НЕОБХІДНИХ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ЛІЦЕНЗІЇ

№ п/п	Найменування документів	Термін виготовлення	Примітки
1	Дозвіл МВС на використання об'єктів і приміщень.	1 тиждень	Оригінал
2	Довідка МВС про відсутність у працівників незнятої чи непогашеної судимості.	2–4 тижні	Оригінал
3	Довідка відповідного державного або комунального закладу охорони здоров'я про відсутність психічних розладів, пов'язаних із зловживанням алкогольними напоями, наркотичними засобами чи психотропними речовинами у працівників, а також про відсутність серед зазначених працівників осіб, визнаних непридатними до провадження окремих видів діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.	2–4 тижні	Оригінал
4	Відомості за підписом заявника про відповідність його матеріально-технічної бази ліцензійним умовам провадження зазначеного виду господарської діяльності, наявність нормативно-правових документів, у тому числі з питань стандартизації, необхідних для провадження відповідного виду господарської діяльності, відомості про кваліфікацію працівників, які мають чи будуть мати доступ безпосередньо до наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.	1–3 дні	За підписом заявника, печатка
5	Свідоцтво (диплом, посвідчення, сертифікат спеціаліста), що підтверджує професійну придатність керівника суб'єкта господарювання або керівника відповідного підрозділу суб'єкта господарювання до провадження окремого виду діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.	Має бути в наявності	Копія
6	Акт санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта.	1 тиждень	Оригінал
7	Висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи.	1 тиждень	Оригінал
8	Акт державної екологічної інспекції.	1–3 дні	Оригінал
9	Акт Держгірпромнагляду.	1–3 дні	Оригінал
10	Акт обстеження Департаментом протидії наркозлочинності Національної поліції України об'єктів і приміщень, призначених для провадження діяльності, пов'язаної з розробленням, виробництвом, виготовленням, зберіганням, перевезенням, придбанням, придбанням, реалізацією (відпуском), використанням та знищенням наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.	5–7 днів	Оригінал
11	Акт прийняття системи пожежної сигналізації та устаткування передавання тривожних сповіщень до експлуатування.	1 тиждень	Оригінал
12	Виписка з ЄДР.	Має бути в наявності	Оригінал
13	Довідка ЄДРПОУ.	Має бути в наявності	Оригінал
14	Довіреність (якщо документи подає уповноважена керівником особа).	1 день	Оригінал

реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного Переліку» від 02.02.2010 № 66 (zareєстрований у Міністерстві юстиції України 12.03.2010 за № 213/17508).

Препарати для ЗПТ – метадон та бупренорфін – також входять до цього переліку. Ліцензії на такий вид діяльності видає та переоформлює Державна служба України з контролю за наркотиками, що є органом ліцензування. Термін дії такої ліцензії становить 5 років. Тому необхідно отримати ліцензію до початку роботи кабінету ЗПТ в закладі первинної медико-санітарної допомоги. Для цього потрібно підготувати, разом із заявою на видачу ліцензії, такі документи (див. Табл. 3) [13]:

Після отримання листа з позитивним рішенням ліцензійної комісії потрібно зателефонувати до місцевого відділення казначейства, повідомити код бюджетної класифікації 22011800. За цим кодом казначейство повідомляє рахунок, на який потрібно переказати кошти. З 1 травня 2016 року оплата за ліцензію становить 1 450 грн.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ТА РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балакірева О. М. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року) / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар [та ін.] // МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2012. – 120 с.
2. Берлева Г. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік / К. Думчев, М. Касянчук [та ін.] // МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2012. – 68 с.
3. Виевский А. Н., Дворяк С. В., Сидяк С. В. Лечение наркозависимости в Украине и оценка его эффективности. – К., 2008. – 121 с.
4. Вієвський А. М. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк, В. С. Безногих, А. І. Грищенко, К. І. Лепеха, К. А. Матвєєва–Кукурдза, С. П. Таран, Л. В. Турченко // Національний звіт для Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркоманії та Українського медичного та моніторингового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України «Україна. Тенденції та детальна інформація з окремих питань». – К., 2011. – 22 с.
5. ВІЛ – інфекція в Україні [Електронний ресурс] // Інформаційний бюлетень. – 2015. – № 43. – 112 с. – Режим доступу: <http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/2b413308855aa209c676da62a8f562e9.pdf>.
6. ВІЛ-інфекція в Україні [Електронний ресурс] / Інформаційний бюлетень. – 2016. – № 46. – 38 с. – Режим доступу: http://www.slideshare.net/Ukraine_CDC/46-64933360.
7. Война с наркотиками [Электронный ресурс] // Доклад глобальной комиссии по вопросам наркополитики. – 2011. – 24 с. – Режим доступа: https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Global_Commission_Report_Russian.pdf.
8. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р. [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України. – 2012. – 241 с. – Режим доступу: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/me/garp_ru_2011.pdf.

- 60

- 19.** Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» [Електронний ресурс] // Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20160523_a.html
- 20.** Уроки зменшення шкоди. Навчальний посібник [Електронний ресурс] // МБФ «Альянс громадського здоров'я». – 2012. – Режим доступу: <http://www.aidslessons.org.ua/index.php?lang=ua>.
- 21.** Abdul – Quader A. S. Ukraine HIV Data Synthesis Project. Final Report / A. Abdul – Quader, K. Dumchev, Y. Kruglov, G. Rutherford, T. Salyuk, Ch. Vitek // University of California. – 2012. – P. 83.
- 22.** Aceijas C. Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users [Електронний ресурс] / C. Aceijas & T. Rhodes // International Journal of Drug Policy. – 2007. – Vol. 18 (5). – P. 352 – 358. – Режим доступу: doi: 10.1016/j.drugpo.2007.04.004.
- 23.** Aceijas C. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users / C. Aceijas, G. V. Stimson, M. Hickman, T. Rhodes // AIDS. – 2004. – Vol. 18 (17). – P. 2295 – 2303.
- 24.** Alistar S. S. Effectiveness and cost effectiveness of expanding harm reduction and antiretroviral therapy in a mixed HIV epidemic: a modeling analysis for Ukraine [Електронний ресурс] / S. S. Alistar, D. K. Owens, M. L. Brandeau // PloS Medicine. – Режим доступу: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000423>.
- 25.** Altice F. L. HIV treatment outcomes among HIV – infected, opioid – dependent patients receiving buprenorphine/naloxone treatment within HIV clinical care settings: results from a multisite study / F. L. Altice, R. D. Bruce, G. M. Lucas, P. J. Lum, P. T. Korthuis, P. T. Flanigan, C. O. Cunningham, L. E. Sullivan, P. Vergara-Rodriguez, D. A. Fiellin, A. Cajina, M. Botsko, V. Nandi, M. N. Gourevitch, R. Finkelstein // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. – 2011. – Vol. 56, № 1. – P. 22 – 32.
- 26.** Altice F. L. The potential role of buprenorphine in the treatment of opioid dependence in HIV-infected individuals and in HIV infection prevention [Електронний ресурс] / F. L. Altice, L. E. Sullivan [et al.] // Clinical Infectious Diseases. – 2006. – Vol. 43 (4). – P. 178 – 183. – Режим доступу: doi: 10.1086/508181.
- 27.** Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth global report [Електронний ресурс] / The WHO/IUATLD Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance // World Health Organization. – Geneva. – 2008. – Режим доступу: http://www.who.int/tb/publications/2008/drs_report4_26febo8.pdf.
- 28.** Batki S. L. Drug abuse, psychiatric disorders, and AIDS. Dual and triple diagnosis / S. L. Batki // The Western Journal of Medicine. – 1990. – Vol. 152, № 5. – P. 547 – 552.

- 62

- 41.** Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical paper and policy brief [Електронний ресурс] // WHO. – 2005. – 31 P. – Режим доступу: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-drug/en/>.
- 42.** Gowing L. R. Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report / L. R. Gowing, R. L. Ali, S. Allsop, J. Marsden, E. E. Turf, R. West, J. WITTON // *Addiction*. – 2015. – Vol. 110. – P. 904 – 919.
- 43.** Gowing L. R. The role of opioid substitution treatment in reducing HIV transmission [Електронний ресурс] / L. R. Gowing // *BMJ*. – 2012. – Vol. 345. – P. 6425. – Режим доступу: doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e6425>.
- 44.** Gowing L. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection / L. Gowing, M. Farrell, R. Bornemann, R. Ali // John Wiley & Sons, Ltd. – 2004. – №4. – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21833948>.
- 45.** HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management / S. Matic, J. V. Lazarus, M. C. Donoghoe // The World Health Organization. – 2006. – 290 P.
- 46.** HIV/AIDS Treatment and Care for Injection Drug Users / Clinical Protocols for the WHO European Region. – The World Health Organization. – Denmark, 2007. – 501 P.
- 47.** Kerr T. Psychosocial determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver / T. Kerr, A. Palepu, G. Barnes, J. Walsh, R. Hogg, J. Montaner, M. Tyndall, E. Wood // *Antiviral Therapy* – 2003. – Vol. 9 (3). – P. 407 – 414.
- 48.** Kleber H. D. Methadone maintenance 4 decades later: thousands of lives saved but still controversial / H. D. Kleber // *JAMA*. – 2008. – Vol. 300, № 19. – P. 2303 – 2305.
- 49.** Kresina T. F. Integration of pharmacotherapy for opioid addiction into HIV primary care for HIV/hepatitis C virus – co – infected patients / T. F. Kresina, L. Eldred, D. Bruce, H. Francis // *AIDS*. – 2005. – Vol. 19, № 3. – P. 221 – 226.
- 50.** Kruglov Y. V. The most severe HIV epidemic in Europe: Ukraine's national HIV prevalence estimates for 2007 [Електронний ресурс] / Y. V. Kruglov, Y. V. Kobyshecha, T. Salyuk, O. Varetska, A. Shakarishvili, V. P. Saldanha // *Sexually Transmitted Infections*. – 2008. – Vol. 84 (Suppl. 1). – P. 37 – 41. – Режим доступу: doi: [10.1136/sti.2008.031195](http://dx.doi.org/10.1136/sti.2008.031195).
- 51.** Lawrinson P. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS [Електронний ресурс] / P. Lawrinson, R. Ali, A. Buavirat, S. Chiamwongpaet, S. Dvoryak, B. Habrat, C. Zhao [et al.] // *Addiction*. – 2008. – Vol. 103 (9). – P. 1484 – 1492. – Режим доступу: doi: [10.1111/j.1360-0443.2008.02249.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02249.x).

- 64

- 61.** Policy Guidelines for Collaborative TB and HIV Services for Injecting and other Drug Users. An Integrated Approach / The World Health Organization. – Geneva, 2008. – 60 P.
- 62.** Report on the Global AIDS Epidemic / Joint United Nations Programme on HIV/AIDS // UNAIDS. – 2010. – 208 P.
- 63.** Schaub M. Feasibility of buprenorphine and methadone maintenance programmes among users of home made opioids in Ukraine / M. Schaub, V. Chtenguelov, E. Subata, G. Weiler, A. Uchtenhagen // International Journal of Drug Policy. – 2010. – Vol. 21 (3). – P. 229 – 233.
- 64.** Schaub M. Feasibility of buprenorphine maintenance therapy programs in the Ukraine: first promising treatment outcomes Ukraine / M. Schaub, V. Chtenguelov, E. Subata, G. Weiler, A. Uchtenhagen // European Addiction Research. – 2009. – Vol. 15, № 3. – P. 157 – 162.
- 65.** Stockman J. K. HIV among people who use drugs: a global perspective of populations at risk / J. K. Stockman, S. A. Strathdee // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. – 2010. – Vol. 55 (Suppl. 1). – P. 17 – 22.
- 66.** Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper / The World Health Organization. – Geneva, 2004. – 36 P.
- 67.** Sylla L. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services / L. Sylla, R. D. Bruce, A. Kamarulzaman, F. L. Altice // International Journal of Drug Policy. – 2007. – Vol. 18 (4). – P. 306 – 312.
- 68.** Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision [Електронний ресурс] // The World Health Organization. – Geneva, 2012. – 101 P. – Режим доступу: http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/.
- 69.** The effects of heroin addiction [Електронний ресурс] / Effects of Heroin. – Режим доступу: <http://www.rapid-opiattedetox.com/effects-of-heroin-addiction-long-term>.
- 70.** Uhlmann S. Methadone maintenance therapy promotes initiation of antiretroviral therapy among injection drug users / S. Uhlmann, M. J. Milloy, T. Kerr, R. Zhang, S. Guillemi, D. Marsh, E. Wood [et al.] // Addiction. – 2010. – Vol. 105 (5). – P. 907 – 913.
- 71.** Ukraine: National Report on Monitoring Progress towards the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Reporting Period: January 2008–December 2009 // Ministry of Health of Ukraine. – Kyiv, 2010. – 110 P.

- 66

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1. Скринінг симптомів залежності відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (ICD-10 Checklist)	68
ДОДАТОК 2. Довготривалий вплив героїну	69
ДОДАТОК 3. Взаємодія між препаратами АРТ та метадоном	70
ДОДАТОК 4. Назви протитуберкульозних препаратів та їх скорочення	72
ДОДАТОК 5. Порядок спостереження за пацієнтами, які отримують АРТ та антимікобактеріальну терапію	73
ДОДАТОК 6. Назви препаратів для АРТ	74

Додаток 1

СКРИНІНГ

СИМПТОМІВ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІДПОВІДНО ДО МІЖНАРОДНОЇ
КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРОБ 10-ГО ПЕРЕГЛЯДУ (ICD-10 CHECKLIST)

Наступні питання стосуються Вашого споживання опіоїдів – героїну, екстракту макової соломки («ширка»), дезоморфіну («крокодил»), препаратів, що містять кодеїн, морфін, трамадол і т. п. Щирі відповіді допоможуть Вашому лікарю вибрати правильне й необхідне для Вас лікування.

1. Чи було у Вас сильне бажання або виражений потяг («тяга») до вживання наркотику?	Так	Ні
2. Чи вважали Ви, що Вам важко або неможливо контролювати споживання наркотику?	Так	Ні
3. Чи виникали у Вас симптоми відміни («ломки»), якщо Ви припиняли вживати наркотик?	Так	Ні
4. Чи доводилося Вам приймати наркотик, щоб позбутися симптомів відміни («ломки»)?	Так	Ні
5. Чи помічали Ви, що для досягнення того ж ефекту потрібно приймати дози більші, ніж раніше (толерантність)?	Так	Ні
6. Чи відзначаєте Ви, що з часом Ви перестали урізноманітнювати характер вживання наркотику?	Так	Ні
7. Чи помітили Ви, що стали все більше й більше нехтувати своїми колишніми інтересами на користь прийому наркотиків?	Так	Ні
8. Чи відзначали Ви, що споживання наркотиків шкодить Вам психологічно або фізично?	Так	Ні
9. Чи продовжували Ви приймати наркотики, незважаючи на явні шкідливі наслідки, пов'язані з їх прийомом?	Так	Ні
10. Як довго тривають проблеми, пов'язані з наркотиками?		
	а) в роках	
	б) в місяцях	

Діагноз залежності має бути встановлений, якщо три або більше симптомів, що відмічені номерами 1, 2, 3, 5, 7 і 9, присутні протягом 12 місяців і більше.

ДОВГОТРИВАЛИЙ ВПЛИВ ГЕРОЇНУ

Центральна нервова система

- Психологічна залежність
- Толерантність
- Фізична залежність

Дихальна система

- Пневмонія

Серце

- Інфікування серцевих оболонок і клапанів

Кровоносна система

- Руйнування вен

Печінка

- Зниження функцій печінки

Загальний вплив на організм

- Абсцеси

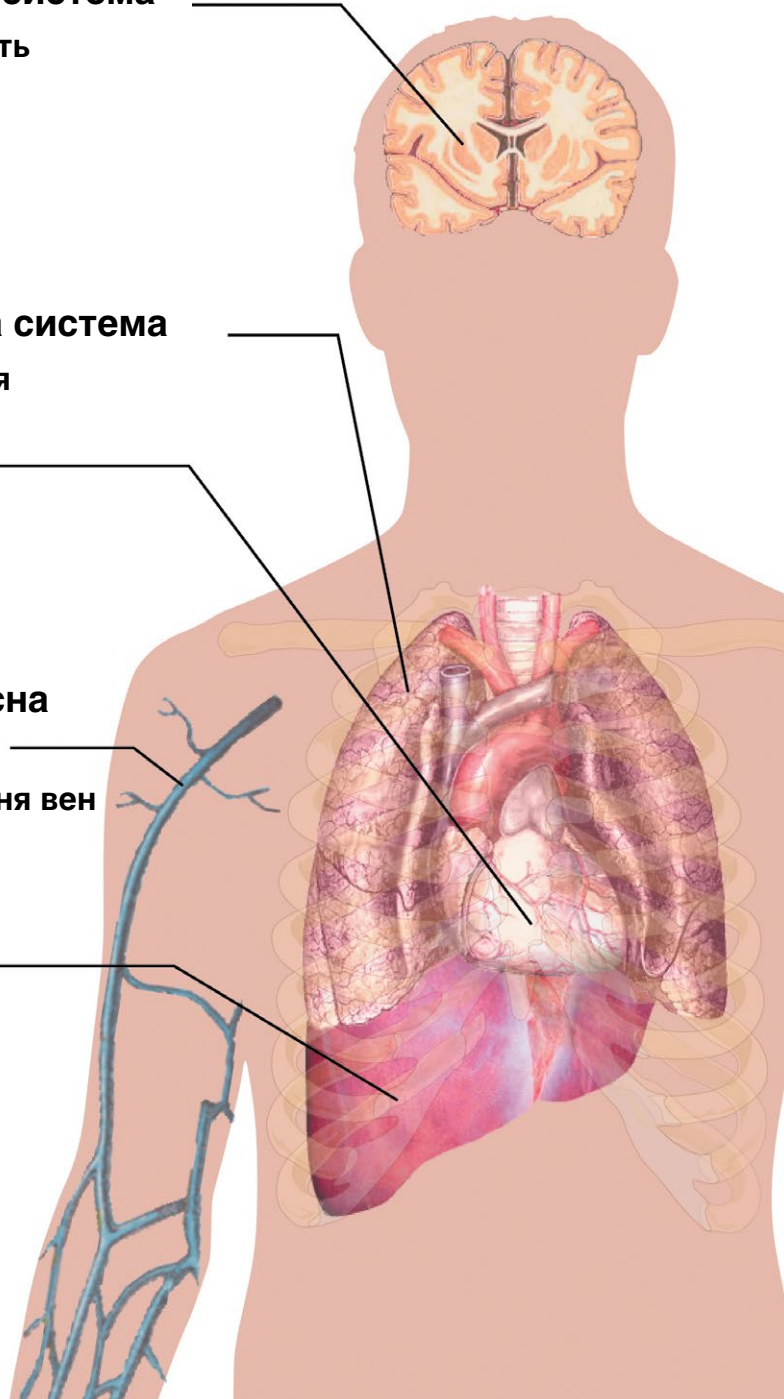


Рис. 4. Вплив героїну на різні органи і системи організму людини

Препарат АРТ	Вплив АРТ на метадон	Вплив метадону на препарат АРТ	Примітки
Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази			
Абакавір	Незначне зниження рівня метадону. Низький ризик опіоїдної абстиненції. Корекція доз малоімовірна, хоча для частини пацієнтів варто передбачити необхідність збільшення дози метадону.	Максимальна концентрація знижується на 34 %. Зростає час досягнення максимальної концентрації.	В одному з досліджень було показано підвищення кліренсу (виведення) метадону на 22 %.
Диданозин (таблетки забуферовані; капсули розчинні у кишечнику)	Не повідомлялось. Корекція дози не обов'язкова.	При застосуванні в таблетках його концентрація знижується на 60 %, при застосуванні в капсулах – не знижується.	Взаємодія вивчалась лише при прийомі таблеток два рази на добу. Існує припущення, що ефект пов'язаний зі зниженням біодоступності диданозину на тлі уповільненого пасажу в кислому середовищі шлунку. Оскільки для капсул взаємодії не виявлено, рекомендовано використання капсул.
Зидовудин	Не повідомлялось. Корекція дози не обов'язкова.	Значне підвищення концентрації (на 43 %). Клінічна значимість невідома. Можливі побічні ефекти.	Контроль за появою анемії, нудоти, міалгій, блювання, астенії, головного болю та мієлотоксичності. Якщо рівень метадону в нормі, імовірно, токсичні ефекти пов'язані із зидовудином.
Ламівудин	Не повідомлялось.	Не повідомлялось.	Взаємодія невідома.
Ставудин	Не повідомлялось. Корекція дози не обов'язкова.	Концентрація знижується (на 18–27 %).	Клінічне значення ефекту невідоме.
Тенофовір	Не повідомлялось.	Не повідомлялось.	Взаємодія невідома.
Емтрицитабін	Не вивчався.	Не вивчався.	Взаємодія невідома.

Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази

Невірапін	Значне зниження концентрації метадону (на 46 %). Часто розвивається метадонна абстиненція. Для більшості пацієнтів необхідне істотне підвищення дози метадону (на 16 %).	Не повідомлялось.	У пацієнтів, які тривалий час приймали метадон, після початку терапії невірапіном виникла необхідність збільшення дози метадону на 50–100 % для зняття симптомів абстиненції, які розвивалися на 4–8-му добу прийому невірапіну, хоча реакція може виникнути через 2–3 тижні.
Ефавіренц	Значне зниження концентрації метадону (на 60 %). Часто розвивається метадонна абстиненція. Необхідне істотне підвищення дози метадону (на 50 %).	Не повідомлялось.	Ретельно контролювати ознаки метадонної абстиненції та підвищувати дозу за необхідності. Симптоми абстиненції виникають через 2–3 тижні після призначення ефавіренцу.

Інгібітори протеази

Лопінавір/ритонавір	Зниження рівня метадону (на 26–53 %). Може виникнути абстиненція, що потребуватиме збільшення дози.	Не повідомлялось.	Побічні ефекти можуть імітувати абстиненцію.
Нелфінавір	Може знижувати рівень метадону (на 29–47 %). Клінічні ознаки абстиненції спостерігаються рідко. Інколи необхідно підвищити дозу метадону.	Рівень може знижуватися, проте клінічна значимість невідома.	У дослідженнях, що продемонстрували зниження концентрації метадону, клінічних ознак абстиненції не відмічалось.
Ритонавір	Рівень метадону може знижуватися (на 37 %). Інколи необхідно підвищити дозу метадону.	Не повідомлялось.	Досліджень небагато. Рекомендують ретельний контроль ознак метадонної абстиненції та збільшення дози за необхідності.
Ритонавір/типранавір	Рівень метадону може знижуватися (на 50 %). Інколи необхідно підвищити дозу метадону.	Не повідомлялось.	Досліджень небагато. Рекомендують ретельний контроль ознак метадонної абстиненції та збільшення дози за необхідності.
Саквінавір	Не повідомлялось.	Не повідомлялось.	Досліджень небагато. Взаємодії препаратів не відзначалось.
Саквінавір 1 600 мг + ритонавір 100 мг Саквінавір 1 400 мг + ритонавір 400 мг	Незначне зниження рівня метадону (саквінавір/ритонавір 1600/100 мг – на 0–12 %, саквінавір/ритонавір 1400/400 мг – на 20 %).	Не повідомлялось.	Про розвиток абстинентного синдрому не повідомлялось. Інколи необхідно підвищити дозу метадону.

Додаток 4

НАЗВИ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ

ТА ЇХ СКОРОЧЕННЯ

Протитуберкульозні препарати	№	Назви протитуберкульозних препаратів	Символи протитуберкульозних препаратів
I ряд	1	Ізоніазид	H
	2	Рифампіцин	R
	3	Стрептоміцин	S
	4	Етамбутол	E
	5	Піразинамід	Z
II ряд	6	Амікацин	A
	7	Канаміцин	K
	8	Етіонамід	Et
	9	Протіонамід	Pt
	10	Циклосерин	C
	11	Офлоксацин	Of
	12	Ципрофлоксацин	Cf
	13	Капреоміцин	Cp
	14	Параамінсаліцилова кислота	PAS
Інші	15	Рифабутин	Rb
	16	Кларитроміцин	Cl
	17	Амоксацилін / клавуланова кислота	Am
	18	Клофазимін	Clo
	19	Флориміцин	F
	20	Фтивазид	Ph
	21	Флуренізид	Fl
	22	Тіоацетазон	T

Додаток 5

ПОРЯДОК СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ АРТ ТА АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНУ ТЕРАПІЮ

Оцінка	Тижні				Місяці									
	0	2	4	8	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Анамнез туберкульозу та ВІЛ-інфекції	x													x
Фізикальне обстеження	x	x	x	x	x			x						x
Супутні захворювання	x				x			x						x
Лабораторні дослідження: гемоглобін; лейкоцити та формула; АЛТ (білірубін, АСТ за можливості); креатинін; загальний аналіз сечі	x	x	x	x	x			x						x
Кількість CD4	x			x				x			x			x
Вірусне навантаження (якщо доступне)	x							x						x
Гінекологічний огляд	x							x						x
Рентгенограма органів грудної клітки	x													x
Тест на вагітність	x													x
Мазок мокротиння	x			x		x	x			x				x
Прихильність (до АРТ та АМБТ)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Додаток 6

НАЗВИ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ АРТ

Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (NRTIs)		
Скорочена назва	Фармакологічна назва	Торгівельна назва
ABC	Abacavir	Ziagen
ddl	Didanosine	Videx
ddl-EC	Didanosine Delayed Release Capsules	Videx-EC
FTC	Emtricitabine	Emtriva
3TC	Lamivudine	EpiVir
d4T	Stavudine	Zerit
d4T XR	Stavudine Extended Release Capsules	Zerit XR
TDF	Tenofovir Disoproxil Fumarate	Viread
AZT, ZDV	Zidovudine	Retrovir

Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (NNRTIs)		
Скорочена назва	Фармакологічна назва	Торгівельна назва
DLV	Delavirdine mesylate	Rescriptor
EFV	Efavirenz	Sustiva; Stocrin
NVP	Nevirapine	Viramune
RPV	Rilpivirine	Edurant

Інгібітори протази (PIs)		
Скорочена назва	Фармакологічна назва	Торгівельна назва
APV	Amprenavir	Agenerase
ATV	Atazanavir	Reyataz
DRV	Darunavir	Prezista
FPV	Fosamprenavir	Lexiva; Telzir
IDV	Indinavir	Crixivan
NFV	Nelfinavir	Viracept
RTV	Ritonavir	Norvir
SQV	Saquinavir Hard-Gel Capsules	Invirase
SQV	Saquinavir Soft-Gel Capsules	Fortovase
	Tipranavir	Aptivus

Додаток 6

Комбінації		
Скорочена назва	Фармакологічна назва	Торгівельна назва
ABC/3TC	Abacavir/Lamivudine	Epzicom; Kivexa
ABC/ 3TC/AZT	Abacavir/Lamivudine/Zidovudine	Trizivir
EFV/FTC/TDF	Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir	Atripla; Odimmune; Atroiza; Tribuss
FTC/TDF	Emtricitabine/Tenofovir	Truvada
3TC/AZT	Lamivudine/Zidovudine	Combivir
LPV/RTV	Lopinavir/ritonavir	Kaletra; Aluvia
AZT/3TC/NVP	Zidovudine/Lamivudine/Nevirapine	Duovir-N
FTC/RPV/TDF	Emtricitabine/Rilpivirine/Tenofovir DF	Complera
EVG/COBI/FTC/ TDF	Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabine/ Tenofovir DF	Stribild
3TC/ TDF	Lamivudine/ Tenofovir	Epivir/ Viread

Досліджувані препарати – 700 Series		
Скорочена назва	Фармакологічна назва	Торгівельна назва
COB	Cobicistat	
EVG/ COBI/FTC/TAF	Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabine/ Tenofovir AF	

Навчальне видання

ДВОРЯК Сергій Васильович
КАРАГОДІНА Олена Геннадіївна
МОРОЗОВА Ольга Сергіївна
ПИКАЛО Ірина Іванівна
ДУМЧЕВ Костянтин Вікторович

Інтегроване лікування хворих на опіюїдну залежність в умовах центрів первинної медико-санітарної допомоги

Навчально-методичний посібник

Благодійна організація «Український інститут політики громадського здоров'я»
Кафедра соціальної роботи та практичної психології
Академії праці, соціальних відносин і туризму



RESPOND



fhi360
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES



UIRHP
УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
ПОЛІТИКИ ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Публікація стала можливою завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID).
Зміст не обов'язково відображає погляди USAID або Уряду США.
Посібник розроблено в рамках проекту USAID RESPOND,
що впроваджується за фінансової підтримки Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги у боротьбі зі СНІДом (PEPFAR) організацією Пакт, Інк. У партнерстві з FHI 360.

Комп'ютерна верстка *Е. А. Авраменко*

Формат 64 x 90 ¹/₈. Ум. друк. арк. 8,84. Обл.-вид. арк. 5,52.
Підписано до друку 16.12.2016 р.
Папір мелований. Друк офсетний. Наклад 220 прим. Зам. № 2376.

Видавець Федоров О. М., «Друкарський двір Олега Федорова»
Адреса: а/с24, Київ-205, 04205, Україна, e-mail: relaks-oleg@yandex.ru
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців,
виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції
серія ДК № 3668 від 14.01.2010 р.

Віддруковано в друкарні ТОВ «Гнозіс»
Адреса: 04080, вул. Межигірська, 82-А, м. Київ
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців,
виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції
серія ДК № 2328 від 26. 10. 2005 р.

ІНТЕГРОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ
В УМОВАХ ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

Дворяк С. В.
Карагодіна О. Г.
Морозова О. С.,
Пикало І. І.
Думчев К. В.

