



**UIPHP**  
УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ  
ПОЛІТИКИ ГРОМАДСЬКОГО  
ЗДОРОВ'Я



# 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



**RESPOND**







RESPOND



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 СНІ-Дом (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  
**I. 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 ЛЦЕНЗІЇ НА ОБІГ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН .....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ТА РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	59
ДОДАТКИ .....	67



# 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

співпрацю між спеціалізованими закладами (наркологічними диспансерами) та первинною ланкою (ЦПМСД).

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.

Одним з бар'єрів впровадження нової моделі є той факт, що ПТАО не включено в перелік заходів, які необхідно або рекомендовано здійснювати на рівні первинної ланки. Цей бар'єр було подолано відповідним наказом керівника обласного відділу охорони здоров'я.

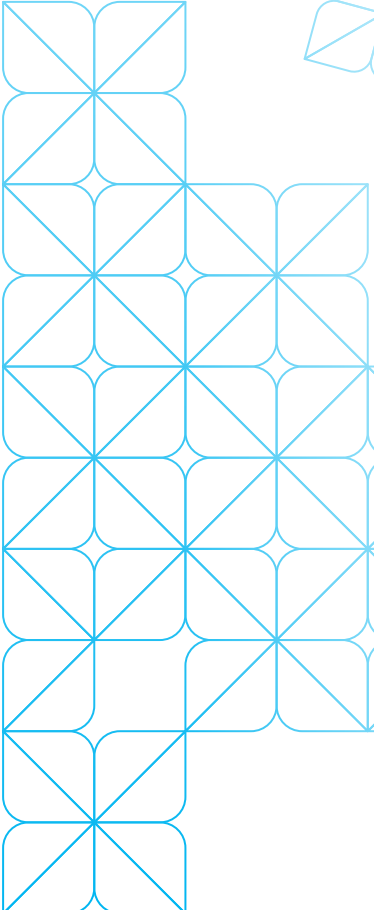
На основі аналізу отриманих даних було встановлено, що рівень стигми, дискримінації з боку медичного персоналу ЦПМСД по відношенню до пацієнтів із наркозалежністю зменшується в процесі лікування. Водночас пацієнти також позитивно оцінили нову модель лікування. Вивчення показників ефективності терапії 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 опіоїдною залежністю задовольняє потреби пацієнтів та дає можливість розширити доступ до лікування і, відповідно, профілактики соціально небезпечних захворювань, зокрема ВІЛ-інфекції.

Навчально-методичний посібник «Інтегроване лікування хворих на опіоїдну залежність в умовах центрів первинної медико-санітарної допомоги» буде корисний лікарям загальної та сімейної практики у справі надання кваліфікованої допомоги хворим на опіоїдну залежність.





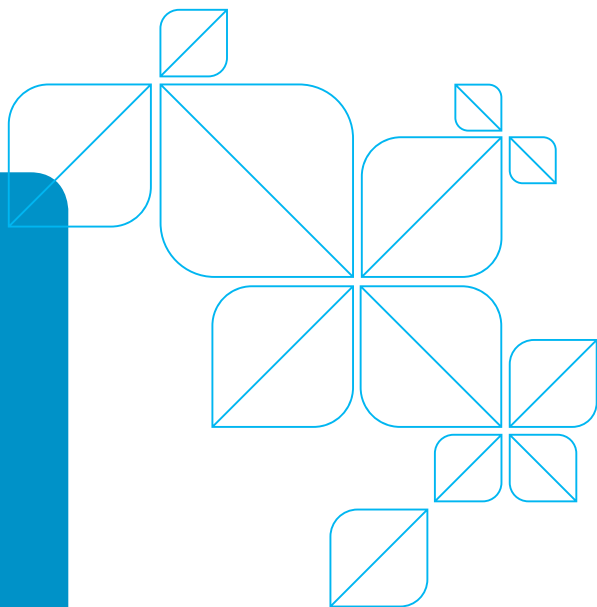

## ВСТУП



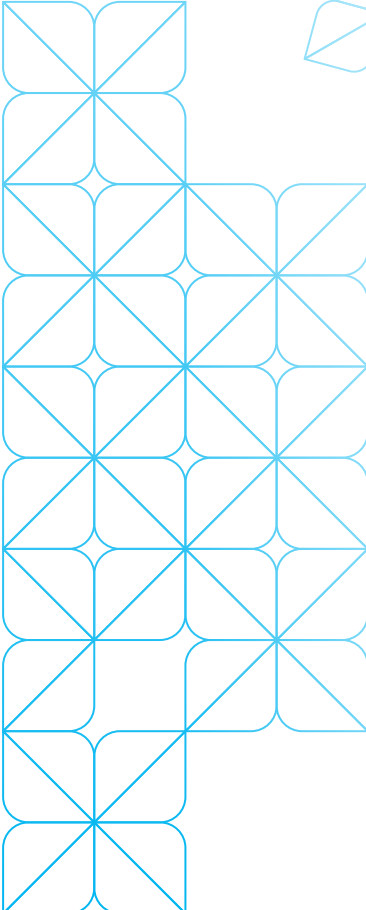
Термін «інтегрована медико-соціальна допомога» (ІМСД) хворим на опіїдну залежність (ОЗ) визначає поєднання підтримувальної терапії агоністами опіїдів (ПТАО) та інших медичних і психосоціальних втручань, спрямованих на лікування наркотичної залежності і супутніх соціально небезпечних інфекційних захворювань (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-





## ПОТРЕБА В ЗАПРОВАДЖЕННІ ІНТЕГРОВАНОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ЦПМСД



Вживання наркотиків шляхом ін'єкцій і, відповідно, синдром залежності від психоактивних речовин (ПАР), зокрема опіодів, 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 останнього соціологічного дослідження, розмір групи ЛВНІ в Україні становить 290 тис. (довірчий інтервал – 230–360 тис.) [2]. Біоповедінкове дослідження 2011 р. виявило, що 76,4 % ЛВНІ вважають наркотиком свого вибору опіоїди, 20,5 % – стимулятори амфетамінового ряду [1]. Наведені дані отримані методом нарощування соціальних мереж та завдяки розрахункам, прийнятим у соціологічній практиці. Але вони не ґрунтуються на клінічних показниках. Спираючись на результати соціологічних досліджень, неможливо визначити, яка кількість ЛВНІ є залежними від опіоїдів та потребує спеціального наркологічного лікування. Адже введення наркотиків шляхом ін'єкцій є ризикованою поведінкою, але ще не захворюванням. За даними Українського моніторингового центру з алкоголю та наркотиків, з 70 464 ЛВНІ, офіційно зареєстрованих в Україні у 2012 р., 56 973 (80,1 %) вживали опіоїди [4]. Протягом останніх 10 років з'явилися позитивні ознаки того, що популярність ін'єкційної поведінки серед молоді знижується [12]. Проте найбільш ризикованою групою серед наркоспоживачів нині залишається група з тривалістю вживання опіоїдів понад 5 років [33]. Організація надання медико-соціальної допомоги саме цій групі наркоспоживачів наразі є пріоритетною [73].

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].

Проте, незважаючи на численні наукові дані та офіційні рекомендації авторитетних міжнародних організацій щодо застосування ПТАО метадоном і бупренорфіном [66], цей метод дотепер сприймається як контрверсійний і викликає суперечки серед різних верств населення і навіть серед фахівців – психіатрів та наркологів. Така ситуація не є характерною лише для України. Так, один із провідних американських учених у цій галузі зазначає, що, попри наявність безперечних доказів ефективності ЗПТ у лікуванні розладів, спричинених вживанням опіоїдів, існує велика кількість перешкод на шляху впровадження цього методу терапії навіть у США, де його застосовують з 1965 р. [48].

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 втрапить актуальність і поведінкові розлади будуть усунені.

Наразі багато фахівців доходять висновку, що замість «боротьби» з наркотичною залежністю та її причинами (які досі є не до кінця з'ясованими) слід використовувати методи фармакологічного впливу, які довели свою ефективність і допомагають вирішувати низку медичних та соціальних проблем. Так, у червні 2011 р. опубліковано доповідь [7] групи впливових політиків у складі кількох колишніх президентів і колишнього Генерального секретаря ООН Кофі Аннана, які недвозначно заявили, що «війна з наркотиками» програна. Автори доповіді закликали уряди ґрунтувати політику щодо наркотиків на принципах дотримання прав людини, виходити з наукового аналізу причин поширення наркоспоживання і наслідків протидії цьому явищу. Вони рекомендували повсюдно розвивати науково обґрунтовані методи терапії і профілактики, уникаючи надмірного вживання репресивних заходів.

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.

Рішенням проблеми є використання наукових методів лікування та профілактики з науково доведеною ефективністю. У країнах, де вони широко застосовуються, суспільство несе значно менший тягар, пов'язаний з ув'язненням, смертністю від передозування, захворюваністю на ВІЛ-інфекцію, ТБ, вірусні гепатити.

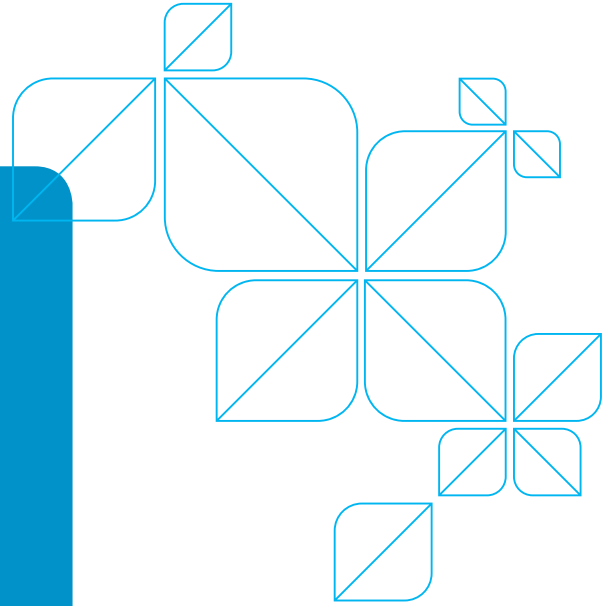
Заклики вчених замість репресивних заходів зробити акцент на медичних методах впливу на поширення споживання наркотиків не залишилися непочутими в Україні. У 2014 р. Урядом прийнято Стратегію державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р. [18]. Пріоритетом нової політики визначено розвиток лікувальних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

У Загальнодержавній цільовій соціальній програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. [11] поставлено завдання залучити до постійної участі у програмах ЗПТ і до участі у програмах реабілітації не менше 35 % споживачів опіоїдних ін'єкційних наркотиків. В абсолютних цифрах це мало б становити 24,5–26,25 тис. хворих.

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 сформувати сучасні принципи реалізації національних програм з контролю і профілактики ВІЛ-інфекції та інших соціально небезпечних хвороб» [5].

Організація ІМСД хворим на опіїдну 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.

## ОПОЇДНА ЗАЛЕЖНІСТЬ: ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ДІАГНОСТИКА



Опіоїдна залежність – скорочений діагноз, яким користуються у практичному лексиконі для визначення стану, що, відповідно до розділу V (F) МКХ-10 «Психічні та поведінкові розлади», має бути сформульований таким чином: Психічні та поведінкові розлади, спричинені вживанням опіоїдів. Синдром залежності. Шифр F. 11.2. Це патологічний стан, який потребує довгострокового лікування та психосоціальної допомоги.

ОЗ має морфологічний корелят, локалізований у певних осередках фронтальної кори та деяких субкортикальних ядрах головного мозку, зокрема nucleus accumbens (перегородчастому ядрі) та amigdala (мигдалеподібному ядрі). За умов формування повного комплексу пов'язаних із залежністю метаболічних порушень, у суб'єктів виникає потреба в хімічному задоволенні без чіткої диференціації різних психоактивних речовин. Вона може задовольнятися різними хімічними сполуками. Якщо відсутній опіоїд, до якого сформована залежність, може бути використана інша ПАР, навіть з протилежними фармакологічними властивостями – наприклад, психостимулятори амфетамінового типу або алкоголь. Інколи заміником стають ненаркотичні речовини.



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 компульсивний<sup>3</sup> 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.

---

<sup>3</sup> Від латинського *compulsio*, тобто *непереборний*.

До її чинників належать генетичні фактори, вплив сімейного оточення (особливо у ранньому дитинстві), пережиті фізичні та психологічні травми (фізичне та сексуальне насильство у дитячому віці, емоційні втрати, конфлікти екзистенційного характеру) та соціально-економічні детермінанти (обмежений доступ до якісної освіти, бідність, безробіття, криміналізоване соціальне оточення, погана екологічна ситуація, брак медико-просвітницької та профілактичної роботи тощо). Отже, формування наркотичної залежності спричинене дією низки біологічних, соціальних та психологічних факторів і являє собою хворобливий процес, що впливає на поведінку, соціальне функціонування, цінності та систему взаємовідносин споживача наркотику. Лікування наркотичної залежності має здійснюватися на тих самих підставах, що й лікування інших хронічних захворювань. Професійна позиція лікарів або інших фахівців стосовно наркозалежних має бути позбавлена моралізації, звинувачення та приниження їхньої гідності. У роботі з наркозалежними слід брати до уваги певні особливості психічного стану наркозалежних, розуміючи, що їхня соціально неприйнятна поведінка зумовлена хворобою та особистісними порушеннями.

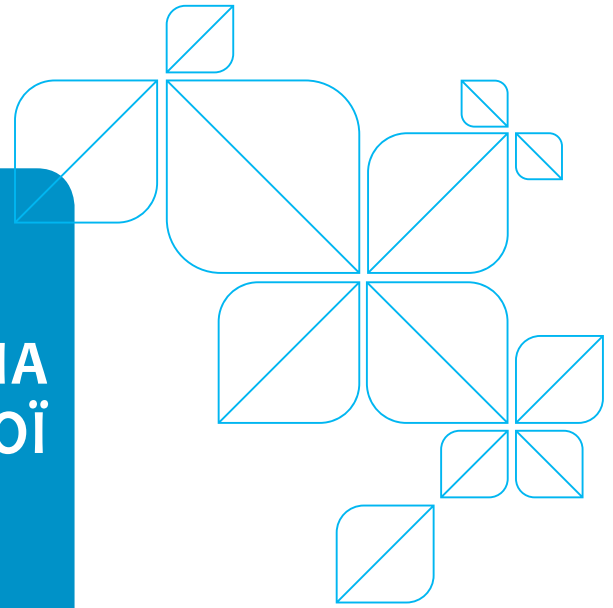
Діагноз залежності встановлюється у випадку, якщо протягом минулого року (12 місяців до моменту обстеження) три або більше з наведених нижче ознак проявлялися одночасно, або тривали не менше місяця, або мали місце декілька таких епізодів:

- а) значна потреба (компульсивний потяг) прийняти опіоїди;
- б) порушення здатності контролювати прийом речовини, тобто початок, вживання, завершення або дозування опіоїдів;
- в) симптоми відміни опіоїдів, у тому числі специфічні: ломота в суглобах, нежить, діарея, безсоння;
- г) ознаки толерантності до опіоїдів (підвищення дози іноді досягає 100-кратного в порівнянні з терапевтичною);
- г) прогресуюча втрата альтернативних інтересів на користь вживанню опіоїдів, збільшення часу, що витрачається на пошук, прийом і відновлення після їхньої дії; звуження репертуарних модальностей (обмеження інтересів, стереотипна поведінка у вільний час, відсутність колишніх мотивів до розвитку), яке пов'язане із прийомом опіоїдів;
- д) продовження вживання опіоїдів попри очевидні шкідливі наслідки: медичні, соціально-сімейні, правові, психіатричні тощо.

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).

## ПІДТРИМУВАЛЬНА ТЕРАПІЯ АГОНІСТАМИ ОПІОЇДІВ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ІНТЕГРОВАНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ОЗ



За даними численних доказових досліджень [42; 55; 68], ПТАО є найбільш ефективним методом лікування опіоїдної залежності. Підтримувальна терапія агоністами опіоїдів спрямована як на покращання стану наркозалежних, так і на стримання швидкого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції. В Україні вперше цей метод було впроваджено у 2004 р. в рамках пілотного проекту Програми розвитку ООН з використанням бупренорфіну [9; 34; 40; 51]. З липня 2008 р. в Україні застосовується ЗПТ метадоном. За даними закордонних досліджень, ПТАО підвищує якість життя [59] і знижує ризик інфікування ВІЛ, пов'язаний з ін'єкційною поведінкою [43; 44; 57]. Цей метод також полегшує доступ до антиретровірусної терапії [25; 47; 70], позитивно впливає на прихильність до неї [53] і сприяє зниженню вірусного навантаження [25] у пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом. Схожі результати отримані групою українських дослідників, які працювали спільно з міжнародними консультантами. Зокрема, було зафіксовано, що у пацієнтів ПТАО значно знизилася ризикована поведінка, зменшилося вживання вуличних наркотиків та покращилася якість життя [63; 64].

Математичне моделювання даних з України підтвердило, що



ПТАО є найбільш ефективним і економічно виправданим методом лікування з точки зору впливу на епідемію ВІЛ-інфекції [24]. Ця робота продемонструвала взаємозалежність таких факторів, як обсяг впровадження ПТАО та розмір інвестицій в АРТ, і довела економічну ефективність ЗПТ: чим більше пацієнтів охоплено цими двома методами лікування, тим меншими є видатки з розрахунку на одну особу. Також вищим виявився показник кількості років якісного життя, яким зазвичай вимірюються співвідношення витрат та ефективності лікування. Показано також, що комбінація захисних факторів – зменшення кількості ін'єкцій та своєчасне отримання антиретровірусної терапії – веде до різкого зменшення поширення ВІЛ як у середовищі ЛВНІ, так і в загальній популяції [75].

З накопиченням досвіду застосування ЗПТ назріла 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. Watki 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.

Ідею інтегрованого лікування хворих на ВІЛ-інфекцію було запозичено фахівцями, які працювали з наркозалежними. Мультидисциплінарний інтегрований підхід вимагав створення відповідних підрозділів (центрів), у яких разом із лікуванням наркозалежності проводиться терапія ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів та психічних розладів. Таку модель запропоновано фахівцями Медичної школи Єльського університету. Піонером та лідером цієї роботи став проф. F. Altice, який мав спеціалізацію з інфекційних хвороб, а також отримав кваліфікацію спеціаліста з лікування хімічної залежності та туберкульозу. Одна з перших публікацій на цю тему мала назву «Інтеграція та спільне розташування служб, зайнятих лікуванням ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркозалежності» [67]. Подібні програми, на думку авторів, дозволять розширити спектр допомоги пацієнтам із зазначеними захворюваннями, збільшити виявлення туберкульозу та ВІЛ-інфекції, підвищити прихильність до лікування і залучення пацієнтів у замісну підтримувальну терапію, знизити вірогідність небажаних побічних явищ від застосування агоністів опіоїдів та підвищити ефективність профілактичних втручань.

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 %<sup>3</sup>. 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].

F. L. Altice зі співавторами запропонував альтернативну модель надання допомоги для регіонів, тяжко уражених епідеміями ВІЛ-інфекції та туберкульозу, і визначив такі передумови для об'єднання трьох основних медичних послуг:

- 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 опіоїдної залежності із застосуванням підтримувальної терапії агоністами опіоїдів.

Усі ці послуги пропонуються пацієнтам ЦПМСД, які у віці 18–45 років звертаються по медичну допомогу.

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

<sup>3</sup> С. М. Антоняк. Виступ на семінарі в Києві, 2010 р.

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 поєданого 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'єдані, 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 поєдані: 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.





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.



## 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 опіюїдів» [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.

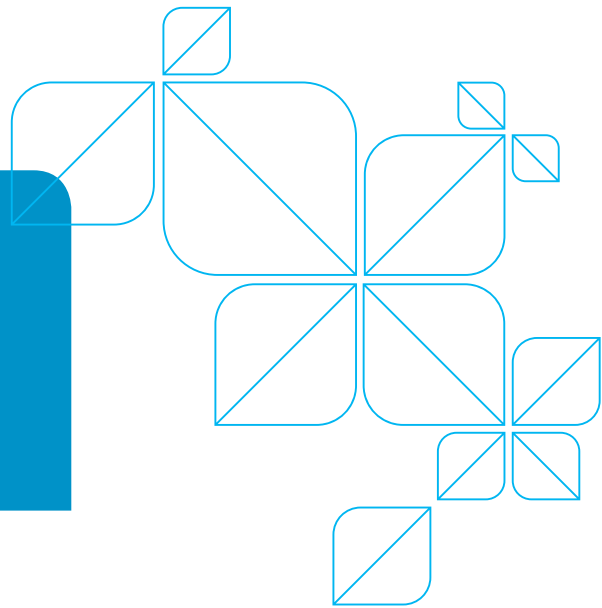
Лікар повинен оглядати пацієнта не рідше одного разу на 10 днів або за направленням медичної сестри. У разі потреби пацієнта звернутися до лікаря, він інформує про це медичну сестру. Якщо вона не може самостійно вирішити проблему, з якою звертається пацієнт, то повідомляє йому час зустрічі з лікарем. 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 лікарю 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 опіюїдів 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 опіюїдів 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-



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
<b>Схема індукції А</b> (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
<b>Схема індукції В</b>	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
<b>Схема індукції С</b>	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
<b>Схема індукції D</b>	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
<b>Схема індукції L</b>	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.



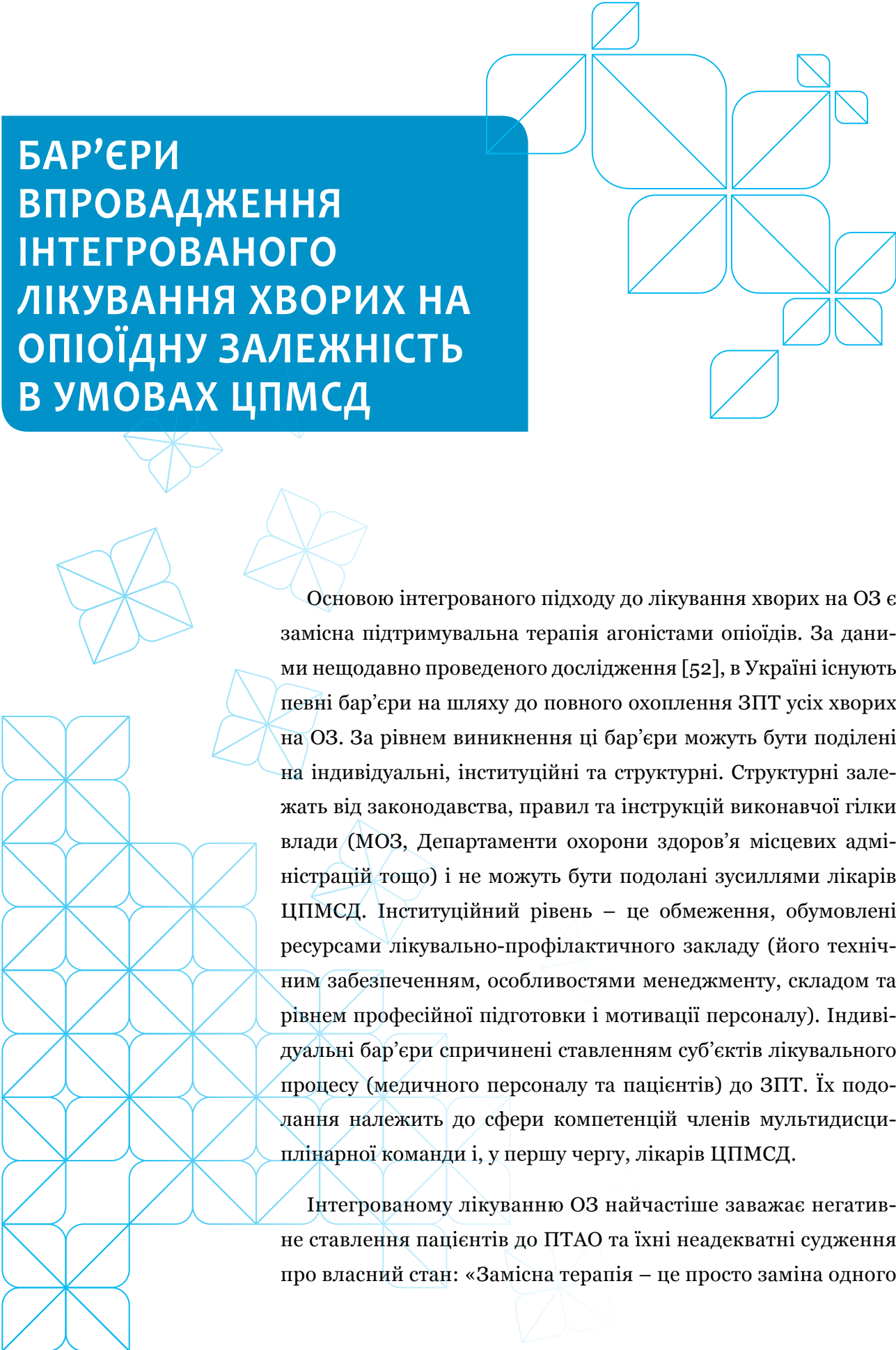
Якщо пацієнти приймають метадон вдома, його передозування частіше трапляється на третій-четвертий день індукції під час сну (через 3–4 години після пікової концентрації метадону в крові). Тому під час індукції метадон видають зранку, щоб пік концентрації припадав на денний час, коли пацієнти перебувають 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.

## БАР'ЄРИ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНТЕГРОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ В УМОВАХ ЦПМСД



Основою інтегрованого підходу до лікування хворих на ОЗ є замісна підтримувальна терапія агоністами опіоїдів. За даними нещодавно проведеного дослідження [52], в Україні існують певні бар'єри на шляху до повного охоплення ЗПТ усіх хворих на ОЗ. За рівнем виникнення ці бар'єри можуть бути поділені на індивідуальні, інституційні та структурні. Структурні залежать від законодавства, правил та інструкцій виконавчої гілки влади (МОЗ, Департаменти охорони здоров'я місцевих адміністрацій тощо) і не можуть бути подолані зусиллями лікарів ЦПМСД. Інституційний рівень – це обмеження, обумовлені ресурсами лікувально-профілактичного закладу (його технічним забезпеченням, особливостями менеджменту, складом та рівнем професійної підготовки і мотивації персоналу). Індивідуальні бар'єри спричинені ставленням суб'єктів лікувального процесу (медичного персоналу та пацієнтів) до ЗПТ. Їх подолання належить до сфери компетенцій членів мультидисциплінарної команди і, у першу чергу, лікарів ЦПМСД.

Інтегрованому лікуванню ОЗ найчастіше заважає негативне ставлення пацієнтів до ПТАО та їхні неадекватні судження про власний стан: «Замісна терапія – це просто заміна одного

наркотику іншим, що не може лікувати мою залежність»; «ЗПТ погано впливатиме на моє здоров'я через велику кількість побічних ефектів»; «Я ще недостатньо довго вживаю наркотики ін'єкційно»; «Я можу зупинитися самостійно, і мені потрібна тільки детоксикація» [32]. Працівники мультидисциплінарної команди (лікарі, медичні сестри, психолог, представник НУО) мають розуміти, що психологічний спротив і хибні уявлення пацієнтів про власний стан – це такі ж симптоми залежності, як і потяг чи толерантність до наркотику. Ці прояви не слід сприймати виключно як вільний вибір пацієнта, на який він має право. Звісно, пацієнт сам прийматиме рішення про початок лікування або відмову від нього. Але від персоналу (насамперед від лікаря) залежить, буде це рішення усвідомленим і ґрунтованим на тверезій оцінці всіх pro і contra або відбудеться лише під впливом хворобливого сприйняття дійсності та упереджень.

Нерідко лікарі самі мають упередження щодо пацієнтів з опіоїдною залежністю, що впливає на процес їхньої комунікації та ведення таких випадків. У рамках пілотного проекту «Аналіз впроваджуваності замісної підтримувальної терапії в закладах первинної медико-санітарної допомоги в Україні» основні труднощі роботи лікарі загальної практики – сімейної медицини пов'язували не з клінічними проявами захворювання, а з відсутністю досвіду роботи з даною групою та з власним ставленням до пацієнтів із залежністю: «У нас

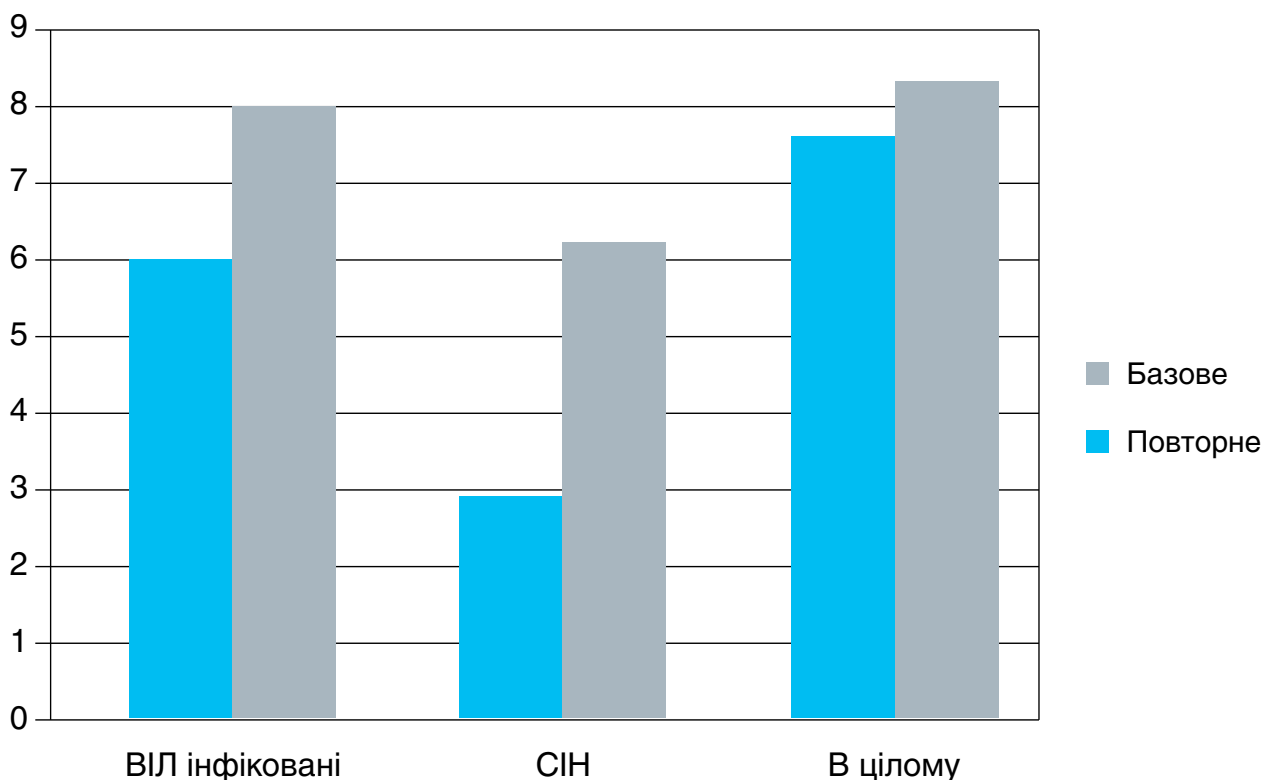


Рис. 3. Ставлення персоналу ЦПМСД до пацієнтів на початку дослідження та через 6 місяців.

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.



### **Шкідливий вплив від споживання опіоїдів (від найменш згубних до найбільш серйозних наслідків)**

- 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.

## **ЦЕ 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.

**Блок IV.** Міфи щодо ЗПТ і, зокрема, метадону дуже поширені в нашому суспільстві як серед пацієнтів, так і серед медичних працівників, які не пройшли спеціальної підготовки і спираються на недостовірну інформацію, отриману із застарілих джерел, зокрема російськомовних інтернет-ресурсів. Лікар, який проводить ЗПТ, має знати найбільш поширені із цих міфів, а також уміти коротко й упевнено дати пояснення хворому щодо його помилкових уявлень.

**Міфи щодо метадону:**

*Метадон є заміною героїну або опіатів.*

НЕПРАВИЛЬНО. Метадон – це препарат для лікування опіоїдної залежності і він не є заміною героїну. Метадон є препаратом продовженої дії; достатньо лише однієї добової дози, щоб почуватися комфортно. Героїн є речовиною швидкої дії, потрібно прийняти принаймні 2–4 дози на день, щоб запобігти появі симптомів абстиненції. Метадон не дає почуття «кайфу». Після його прийому пацієнт буде почуватися як зазвичай у «нормальному» стані.

*Пацієнти, які приймають стабільні дози метадону і не вживають інших заборонених або не призначених ПАР, все одно потрапляють у залежність від метадону.*

НЕПРАВИЛЬНО. Пацієнти, які приймають метадон, фізично його потребують, але не потрапляють у психологічну залежність від нього. Метадон не завдає шкоди і не дає переваг. Люди, які страждають від багатьох поширених хронічних захворювань, фізично потребують ліків, щоб добре себе почувати (наприклад, інсуліну – для лікування діабету, інгалянтів – для лікування астми, ряду ліків – для зниження артеріального тиску). Таким чином, люди, які приймають метадон для лікування опіоїдної залежності, мають залежність у такій самій мірі, як і люди, що приймають інсулін для лікування діабету.

*Від метадону гниють і руйнуються зуби й кістки.*

НЕПРАВИЛЬНО. Метадон є безпечним препаратом. Він може спричинити певні побічні ефекти, що піддаються корекції, як-от седативний ефект, закрепи і підвищена пітливість. Ці ефекти зазвичай зникають після прийому препарату впродовж певного часу.

Багато хто з пацієнтів, що вживають нелегальні опіати, не дотримуються правил особистої гігієни. Якщо доглядати за своїми зубами, вони зберігаються у доброму стані. Значна частина стоматологічних проблем зумовлена багаторічним вживанням «вуличних» наркотиків та ігноруванням особистої гігієни.

*Метадон не рекомендований вагітним жінкам.*

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 метадонном, 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 опіоїдної 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 передуює інтегрованої допомозі хворим на наркотичну залежність. ІМСД є довгостроковою програмою, і лікар разом із пацієнтом мають створити план, за яким у подальшому розгоратиметься терапевтичний процес. У традиції вітчизняної медицини виводувати 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



## 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

документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення». Порядок тестування на ВІЛ-інфекцію передбачає використання швидких тестів, якими можна проводити скринінг без потреби брати кров з вени та направляти її в лабораторію. Будь-яке тестування на ВІЛ-інфекцію хворого на опіоїдну залежність має бути добровільним. Якщо пацієнт не знає свого статусу, то обов'язок медперсоналу – допомогти йому усвідомити необхідність тестування, утримуючись при цьому від жодного примусу. У вищезгаданому Наказі визначено: «Дослідження на ВІЛ-інфекцію із застосуванням швидких тестів проводиться після отримання інформованої згоди особи на добровільній основі та проведення дотестового консультування відповідно до Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2005 № 415, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 22.11.2005 за № 1404/11684». Головні складові ДКТ: конфіденційність, консультування щодо шляхів передачі ВІЛ та можливих засобів захисту, достовірне інформування про результати тестування, забезпечення догляду, профілактичних заходів та, за необхідності, лікування.

Упродовж консультативної взаємодії важливо досягти впевненості пацієнта у тому, що медичні працівники суворо дотримуватимуться принципу конфіденційності після отримання результатів його тестування. Це нелегке завдання для працівників медичних закладів у невеликих населених пунктах. Хворі побоюються, що у них із персоналом лікарні є багато спільних знайомих, і це стає на заваді проведенню ДКТ. У процесі дотестового консультування необхідно переконати пацієнта в тому, що тестування проводиться не заради статистики і що він зможе вчасно отримати необхідну медичну та соціальну допомогу, якщо тест буде позитивним. Також необхідно мати свідчення того, що тести відповідають вимогам до їхньої якості та надійності.

Якщо швидкий тест виявився позитивним, хворий має бути продіагностований у профільному закладі – місцевому центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Цього вимагає Наказ МОЗ від 22.12.2015 № 88е, відповідно до якого хворі на ОЗ мають починати АРТ незалежно від стану їхньої імунної системи. Відтак якщо у наркозалежного виявлено ВІЛ, йому одразу потрібно призначити лікування антиретровірусними препаратами, щоб зменшити вірогідність подальшої передачі ВІЛ-інфекції через спільний ін'єкційний інструментарій. Вдаючись до таких заходів, ми виходимо з припущення, що пацієнт ЗПТ в будь-який час може повернутися до ін'єкційного вживання опіоїдів, оскільки опіоїдна залежність є хронічним захворюванням із рецидивним перебігом.

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

пацієнта за допомогою інших спеціалістів, але водночас прагнути надавати максимально можливу кількість медичних послуг в ЦПМСД, щоб скоротити час та витрати на додаткові консультації. Оптимальним є такий спосіб ведення випадку, коли сімейний лікар сам – особисто або за допомогою технічних засобів комунікації – консультується з профільним спеціалістом (у першу чергу з колегою з ЦПБС) і визначається з режимом лікування чи обстеження, не надсилаючи пацієнта до іншого лікаря. Як було сказано вище, хворі на ОЗ не схильні опікуватися станом власного здоров'я і з високою долею вірогідності можуть «не дійти» до консультанта.

*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.*

Для отримання інформації щодо ведення пацієнтів з опортуністичними інфекціями звертайтеся до Клінічного протоколу діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 13.04.2007 № 182.

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].

Відповідно до чинних нормативних документів МОЗ, призначати АРТ та забезпечувати пацієнта препаратами мають працівники ЦПБС. Лікарі загальної практики сімейної медицини повинні вести цих хворих в обсягах, передбачених програмою ІМСД. Їхнє основне завдання – звести до мінімуму кількість направлень пацієнтів до інших лікувальних закладів. Так, якщо потрібно провести аналіз крові на CD4 та вірусне навантаження, слід узяти кров у пацієнта в ЦПМСД і відправити до лабораторії ЦПБС, щоб не спрямовувати туди самого хворого.

*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.*

Протягом усього періоду спостереження та лікування, що може тривати роками або навіть десятиріччями, потрібно ретельно документувати всі дані (скарги, анамнез, дані оглядів,

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.

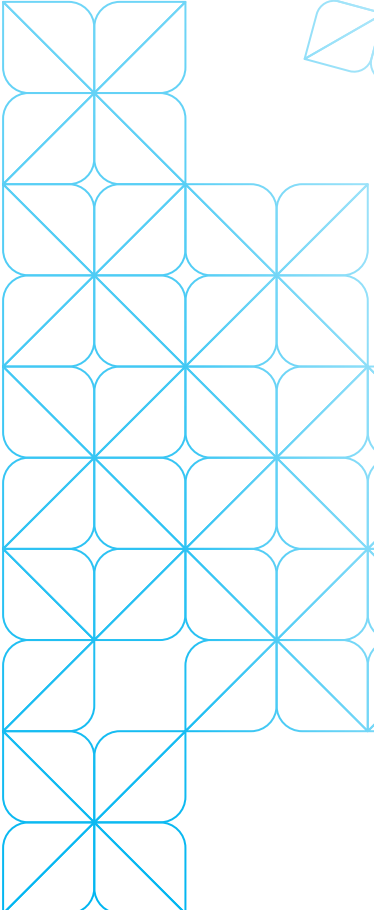

На першому етапі можна рекомендувати сімейним лікарям виконувати певний обсяг послуг з діагностики та лікування/догляду ВІЛ-позитивних наркозалежних. У подальшому цей мінімум може розширюватися, поступово досягаючи того рівня, коли інтеграція стане максимальною і пацієнти отримуватимуть усі діагностичні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

- **для всіх пацієнтів з ОЗ:**

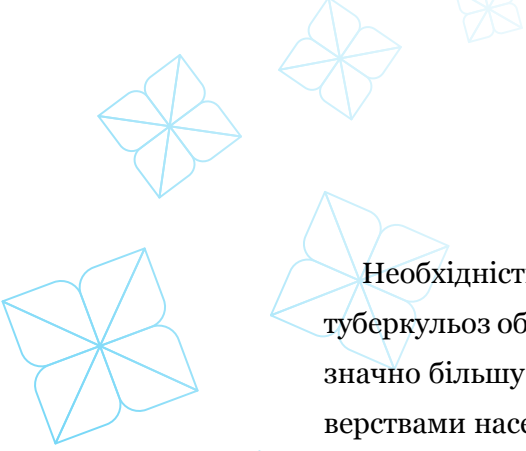
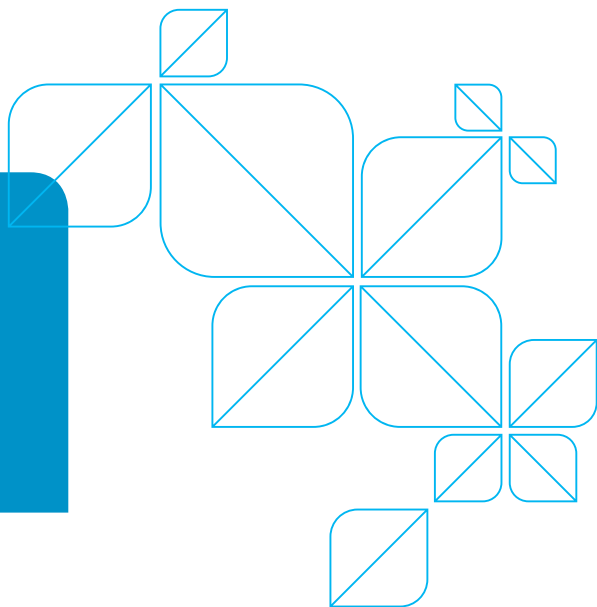
1. проведення ДКТ кожні шість місяців;
2. збір скарг та фізикальне обстеження, орієнтоване на діагностику ВІЛ-інфекції;







## 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

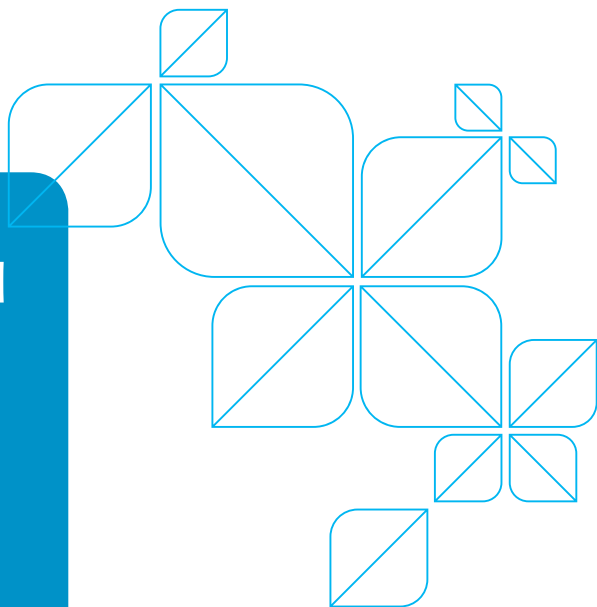



**ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА ПРЕПАРАТІВ АРТ  
У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД ЛВНІ**

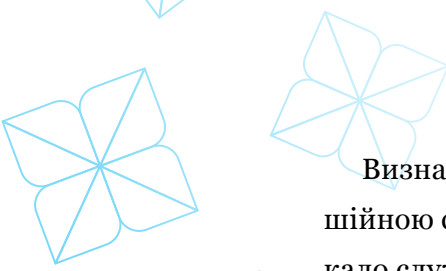
Препарат	Особливості застосування
Ізоніазид (H)	Може спричинити тяжкі нейропатії при АРТ, у схему якої входить ставудин (d4T).
Рифампіцин (R)	Вступає у небажані медикаментозні взаємодії з основними препаратами АРТ та флуконазолом (знижує їх концентрацію в крові за рахунок посилення метаболізму в печінці). 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 (ddl), Ставудин (d4T)	З найбільшою обережністю використовувати ставудин (d4T), особливо в комбінації з диданозином (ddl). 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.

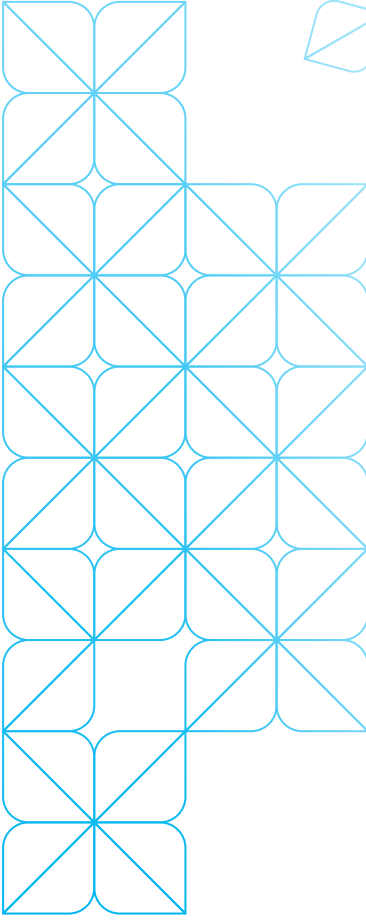




## ЗАХОДИ ЗІ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ. КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У СЕРЕДОВИЩІ ЛВНІ



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



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 профілактика ВІЛ-інфекції у середовищі ЛВНІ.* Профілактика передачі ВІЛ, що пов'язана з уживанням ін'єкційних наркотиків, є однією з найбільш складних проблем забезпечення універсального доступу до відповідних програм у сфері охорони здоров'я.

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

- програми обміну шприців та голوک;
- ЗПТ та інші види лікування наркозалежності;
- консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію;
- антиретровірусна терапія;
- профілактика і лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом;
- програми із забезпечення ЛВНІ та їхніх статевих партнерів презервативами;
- цільові програми щодо інформування, освіти й комунікацій, орієнтованих на ЛВНІ та їхніх статевих партнерів, робітників комерційного сексу, чоловіків, які мають секс з чоловіками(,) – у тому числі за методом «рівний – рівному»;
- вакцинація, діагностика та лікування вірусних гепатитів;
- профілактика, діагностика та лікування туберкульозу.

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.

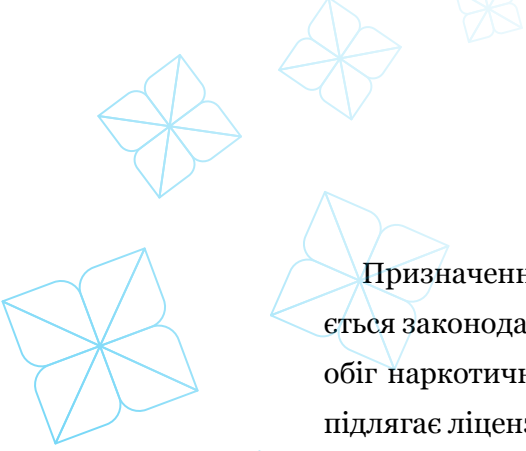
Основні принципи аутріч-роботи: конфіденційність, анонімність, розуміння проблеми, неосудливе ставлення до цільової групи, доброзичливість у стосунках, надання актуальної і правдивої інформації. Аутріч-працівники повинні бути відповідним чином підготовленими й ознайомленими з медичними, соціальними і правовими питаннями роботи за принципом «рівний – рівному».

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].

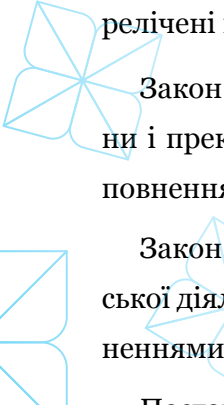




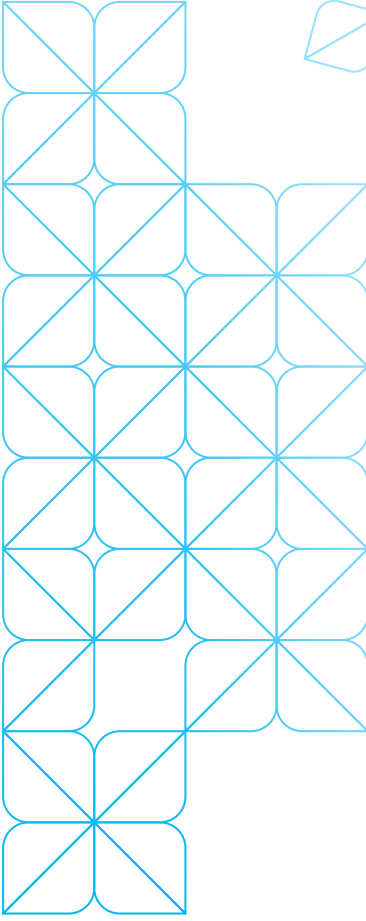
## ОТРИМАННЯ ЛІЦЕНЗІЇ НА ОБІГ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН



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-III (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 I 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, 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 епідагляду 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. Виєвський 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. Матвеева–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](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](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](http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/me/garp_ru_2011.pdf).



- 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](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. Korhuis, 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](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.





- 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. Barness, 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. Kobyshcha, 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).



- 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/](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-opiatedetox.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.



# ДОДАТКИ

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

## 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

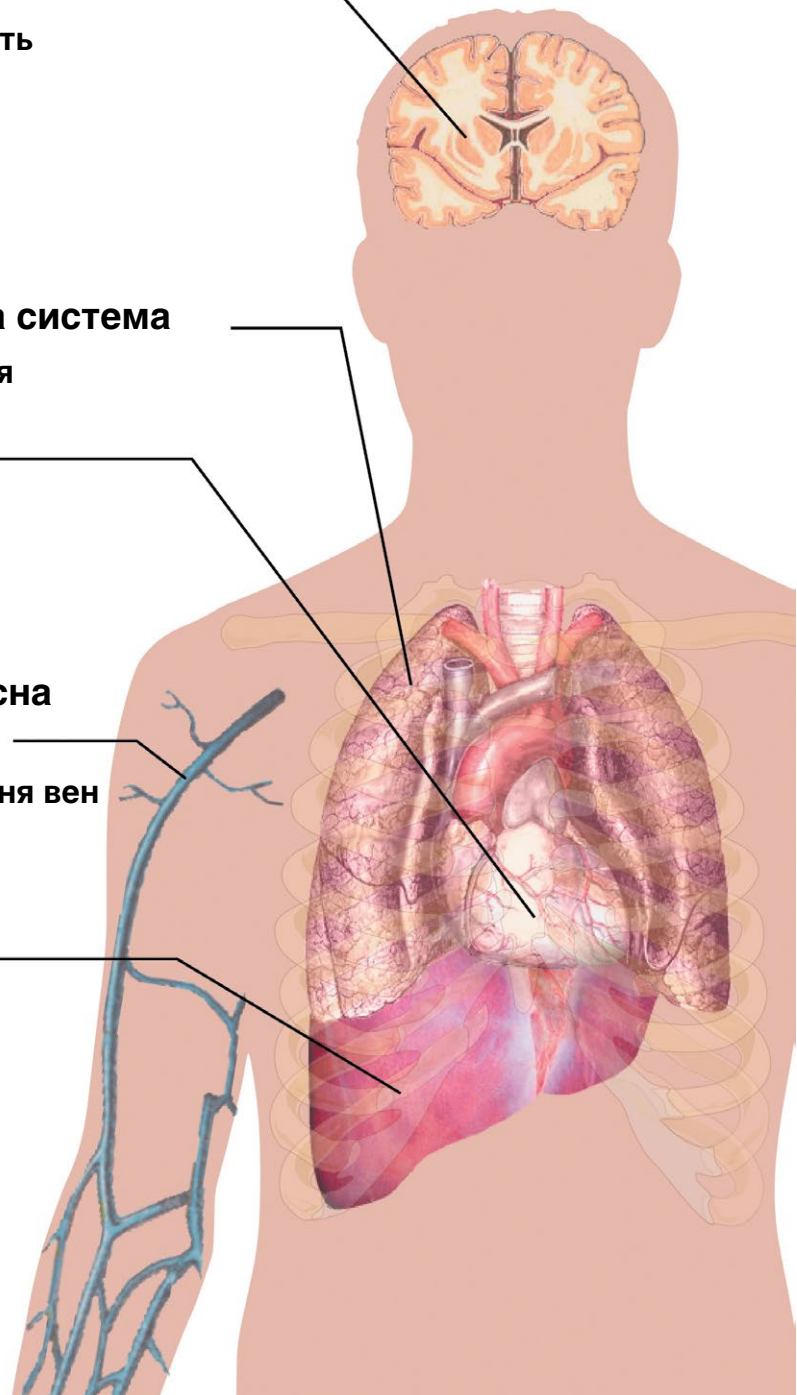


Рис. 4. Вплив героїну на різні органи і системи організму людини

**ВЗАЄМОДІЯ МІЖ ПРЕПАРАТАМИ АРТ ТА МЕТАДОНОМ**

Препарат АРТ	Вплив АРТ на метадон	Вплив метадоноу на препарат АРТ	Примітки
<b>Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази</b>			
Абакавір	Незначне зниження рівня метадоноу. Низький ризик опіоїдної абстиненції. Корекція доз малоімовірна, хоча для частини пацієнтів варто передбачити необхідність збільшення дози метадоноу.	Максимальна концентрація знижується на 34%. Зростає час досягнення максимальної концентрації.	В одному з досліджень було показано підвищення кліренсу (виведення) метадоноу 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 метадоноу 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.

## 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	Cr
	14	Параамінсаліцилова кислота	PAS
Інші	15	Рифабутин	Rb
	16	Кларитроміцин	Cl
	17	Амоксицилін / 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

### 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 опію з залежністю 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<sup>1</sup>/<sub>8</sub>. 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 ОПІЇДНУ 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.

