



Інтегрована допомога для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — пацієнтів замісної підтримувальної терапії

Практичний посібник

Міжнародний досвід

ЛІКУВАЛЬНИЙ ПЛАН

Послуги з діагностики та лікування туберкульозу

Послуги з ВІЛ/СНІДу

Психосоціальні послуги

Рекомендації для керівників установ

Зменшення шкоди

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ІНТЕГРОВАНИХ ПОСЛУГ

Психічне здоров'я

Загальне здоров'я

Вірусні гепатити

ІПСШ

Репродуктивне здоров'я

Принципи та підходи до надання інтегрованих послуг



Інтегрована допомога для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — пацієнтів замісної підтримувальної терапії

Практичний посібник

Матеріали опубліковані за підтримки Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR) та у співпраці з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC) і МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Київ–2017

Автори:

Гетьман Л., Гриценко Т., Іванчук І., Коломієць В.,
Скринник-Надута К., Філіппович С., Шост А.

Рецензенти:

Завідувач кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти,
академік Української академії наук, доктор медичних наук,
професор Сосін І.К.

Головний дослідник Українського інституту політики громадського здоров'я,
член Ради директорів Європейської асоціації з лікування опіоїдної залежності (EUROPAD),
доктор медичних наук Дворяк С.В.

*Рекомендовано Вченою радою Харківської медичної академії післядипломної освіти
(Протокол № 9 від 30 листопада 2017 року)*

I–73 **Інтегрована допомога для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — пацієнтів замісної підтримувальної терапії: практичний посібник.** — Гетьман Л., Гриценко Т., Іванчук І., Коломієць В. та ін. — К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство «Україна» 2017. — 128 стор.

ISBN 978–966–137–088–2

Редактор: Мирослава Андрущенко

Верстка: Лариса Конончук

Ці матеріали опубліковані за підтримки Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR) та у співпраці з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC). CDC не бере на себе жодної відповідальності за правдивість фактів, представлених у цих матеріалах. Зміст матеріалів, викладені позиції, результати та висновки, представлені авторами цих матеріалів, належать суто авторам матеріалів та ні в якому разі не відображують офіційну позицію або політики Центрів контролю та профілактики захворювань США або уряду США.

These materials have been published with support of U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) in collaboration with U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC assumes no responsibility for the factual accuracy of the materials presented. The content of materials, opinions expressed, findings and conclusions reported by the authors of materials are strictly their own and in no way meant to represent the official position or policies of CDC or US Government.

УДК 616.89–008–085(07)

Розповсюджується безкоштовно

Формат 60x90/8

Ум.друк 7,44

Тираж 500 прим. Зам. № 24/12

Свідоцтво про реєстрацію серії ДК № 265 від 30.11.2000 р.

Зміст

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП	7

РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПЦІЯ, РОЛЬ ТА ЗАГАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ІНТЕГРОВАНОЇ ДОПОМОГИ В СИСТЕМІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА, ЗОКРЕМА, НАДАННЯ ПОСЛУГ ОСОБАМ З ВІЛ/СНІД ТА НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

9

1.1 Визначення понять	9
1.2 Існуючі підходи до надання інтегрованих послуг	10
1.3 Інтегрована допомога для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів	11
1.4 Перешкоди в наданні інтегрованих послуг	12
1.5 Умови, необхідні для організації ефективної системи надання інтегрованих послуг	13
1.6 Ключові принципи та підходи до надання інтегрованих послуг	13
1.7 Рекомендовані інтервенції для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — споживачів ін'єкційних наркотиків	16
1.8 Постановка цілей в контексті лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — споживачів ін'єкційних наркотиків з точки зору громадського здоров'я	17
1.9 Рекомендації для керівників установ щодо організації та надання інтегрованої допомоги	19
1.10 Міжнародний досвід організації та надання інтегрованих послуг для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — споживачів ін'єкційних наркотиків	21
1.10.1 Досвід Сполучених Штатів Америки щодо організації та надання інтегрованих послуг для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — споживачів ін'єкційних наркотиків	21
1.10.2 Досвід європейських країн щодо організації та надання інтегрованих послуг для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — споживачів ін'єкційних наркотиків	25
1.11 Досвід України щодо регулювання, організації та надання інтегрованих послуг для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — споживачів ін'єкційних наркотиків. Перспективи розвитку	29

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ІНТЕГРОВАНИХ ПОСЛУГ. ОЦІНКА ПОТРЕБ. ЛІКУВАЛЬНИЙ ПЛАН

37

2.1 Комплексна оцінка пацієнта	37
2.2 Складання індивідуального лікувального плану	39
2.3 Етапи лікування та цілі кожного з них	42

РОЗДІЛ 3. ПЕРЕЛІК ОСНОВНИХ ПОСЛУГ

52

3.1 Надання послуг з ВІЛ/СНІДу	52
3.1.1 Консультування і тестування на ВІЛ	52
3.1.2 Медичний супровід ВІЛ-інфекції	54
3.1.3 Антиретровірусна терапія	55
3.2 Надання послуг з діагностики та лікування туберкульозу	58
3.2.1 Діагностика туберкульозу	58

3.2.2 Лікування туберкульозу	61
3.3 Репродуктивне здоров'я	62
3.4 Загальне здоров'я	66
3.5 Вірусні гепатити	68
3.5.1 Діагностика вірусних гепатитів	68
3.5.2 Лікування вірусних гепатитів	69
3.6 Зменшення шкоди	73
3.7 Психічне здоров'я	73
3.7.1 Поширеність та актуальність визначення	73
3.7.2 Типологія захворювань залежно від причини (самостійне, викликане вживанням ПАР, ефект від вживання ПАР)	75
3.7.3 Діагностика психіатричної коморбідності	77
3.7.4 Вплив конкретних психічних захворювань на прогноз ЗПТ	80
3.7.5 Рекомендації щодо ведення пацієнтів із коморбідною психіатричною патологією... ..	81
3.8 Психосоціальні послуги пацієнтам замісної підтримувальної терапії	91
3.8.1 Нормативно-правова база надання психосоціальних послуг	92
3.8.2 Доказова база ефективності заходів із психосоціального супроводу осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — пацієнтів замісної підтримувальної терапії	92
3.8.3 Цілі та завдання заходів із психосоціального супроводу	94
3.8.4 Обсяг заходів та вибір інтервенцій	95
3.8.5 Опис інтервенцій	96
3.9 Окремі питання ведення пацієнтів (тестування на наркотики та формування прихильності до препарату, що видається для самостійного прийому)	104
3.9.1 Тестування на наркотики	104
3.9.2 Методи підвищення прихильності до прийому препарату, що видається для самостійного прийому	107
3.10 Інфекції, що передаються статевим шляхом	109

Бібліографія	111
---------------------------	------------

ДОДАТКИ	117
----------------------	------------

Список скорочень

- АМБТ** — антимікобактеріальна терапія
- АППД** — безінтерферонові схеми із застосуванням препаратів з прямою противірусною активністю
- АРТ** — антиретровірусна терапія
- АРО** — антисоціальний розлад особистості
- АСЛ** — амбулаторія сімейного лікаря
- ВГ** — вірусні гепатити
- ВГВ** — вірусний гепатит В
- ВГС** — вірусний гепатит С
- ВІЛ** — вірус імунодефіциту людини
- ВООЗ** — Всесвітня організація охорони здоров'я
- ЗОЗ** — заклад охорони здоров'я
- ЗПТ** — замісна підтримувальна терапія
- ІК** — інфекційний контроль
- ІОК** — цільові програми в галузі інформування, освіти і комунікацій
- ІФА** — імуноферментний аналіз
- КіТ** — консультування і тестування на ВІЛ
- КПК** — комбіновані пероральні контрацептиви
- КПТ** — когнітивно-поведінкова терапія
- ЛЖВ** — люди, які живуть з ВІЛ
- ЛПЗ** — лікувально-профілактичний заклад
- МБТ** — мікобактерії туберкульозу
- МДК** — мультидисциплінарна команда
- МКХ-10** — міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
- МОЗ** — Міністерство охорони здоров'я
- НУО** — неурядові організації
- ОЗ** — опіоїдна залежність
- ПАР** — психоактивні речовини
- ПТСР** — посттравматичний стресовий розлад
- ПМД** — первинна медична допомога

ПЛІ — профілактичне лікування ізоназидом

ПОШ — програма обміну/видачі шприців та голок

СВВ — стійка вірусологічна відповідь

СВІС — синдром відновлення функції імунної системи

СІН — споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД — синдром набутого імунодефіциту

ТБ — туберкульоз

УНЗ ООН — Управління ООН з наркотиків і злочинності

ЦПМСД — центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги

ЦСССДМ — Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

ЦСР — Цілі сталого розвитку ООН

ЮНЕЙДС — Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу

АТV — атазанавір

DTG — долутегравір

EFV — ефавіренз

EMCDDA — Європейський моніторинговий центр щодо наркотиків та наркозалежності

NIDA — Національний інститут з питань зловживання наркотиками (National Institute on Drug Abuse), США

SAMHSA — Адміністрація з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), США

Вступ

Ключовим завданням сучасної системи охорони громадського здоров'я, особливо у контексті її реформування, є надання якісних медичних послуг шляхом ефективної організації роботи служб в залежності від потреб пацієнта.

ВООЗ, згідно зі Стратегією інтегрованих, орієнтованих на людину послуг, визначає фрагментарний характер сучасної системи охорони здоров'я як одну з найбільших проблем та причин неможливості надання якісних послуг. Орієнтація на моделі надання послуг, що спеціалізуються на напрямках, окремих хворобах чи мають відокремлений характер, підриває здатність систем охорони здоров'я щодо забезпечення загальної, справедливої, високоякісної та фінансово стійкої медичної допомоги. Постачальники послуг часто не несуть достатньої відповідальності перед населенням, інтереси якого вони повинні відображати, і, отже, мають обмежений стимул до забезпечення відповідного догляду, який би відповідав потребам і бажанням своїх користувачів. Водночас, потенційні користувачі таких послуг часто не в змозі приймати відповідні рішення щодо власного здоров'я або здійснювати належний контроль над прийняттям рішень про своє здоров'я і здоров'я своєї громади. Стратегія ВООЗ закликає до реформ з метою переорієнтації служби охорони здоров'я та здійснення переходу від розрізнених моделей в бік медичних послуг, які орієнтовані на інтереси людей і громади, і надання лікування та догляду, які б координувалися як всередині, так і за межами сектору охорони здоров'я, незалежно від країни впровадження

Таким чином, ВООЗ ставить в один ряд поняття «інтегрована допомога» та «допомога, орієнтована на пацієнта». Така позиція знайшла своє відображення і в Україні — представлені у лютому 2016 року напрацювання робочої групи щодо реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України також передбачають інтеграцію між рівнями допомоги як ефективний спосіб уникнення зайвого дублювання та покращення якості надання послуг.

На основі фактичних даних і досвіду ВООЗ *рекомендує три основні стратегії, які можуть покращити надання послуг:*

- 1) інтеграція;
- 2) децентралізація;
- 3) перерозподіл обов'язків.

Окремо або в комбінації ці стратегії можуть покращити доступність медичної допомоги. Використання підходів із залученням спільнот є їхньою невід'ємною частиною, особливо для груп ризику.

Наслідки недостатнього рівня допомоги добре відомі, але, незважаючи на те, що тісна інтеграція пропонує пацієнтам значні переваги у більшості систем охорони здоров'я, належне надання медичних послуг є складним завданням, в першу чергу через їхню значну фрагментарність.

Неналагоджений зв'язок між лікарями загальної практики і вузькоспеціалізованими фахівцями може, наприклад, перешкодити ефективному контролю над хронічними захворюваннями, деякі компоненти допомоги можуть дублюватися, в той час як інші можуть бути недостатньо адресованими та, як наслідок, упущеними. Всі ці фактори тягнуть за собою значні фінансові, ресурсні та організаційні витрати, мінімізація яких також є одним із завдань інтегрованої допомоги як підходу.

Проте *інтеграція є засобом для досягнення мети, а не самоціллю*. Таким чином, перш ніж впроваджувати будь-які інтегровані послуги слід знайти відповіді на ключові питання:

- ✓ Які пацієнти і напрямки повинні бути інтегровані?
- ✓ Яка кількість осіб повинна бути охоплена?
- ✓ Які послуги повинні бути включені?
- ✓ Яку модель інтеграції слід використовувати?
- ✓ Які інші організаційні заходи та важелі забезпечення необхідно задіяти?

Рух у бік комплексного догляду, як правило, вимагає істотних змін в організації охорони здоров'я, що часто викликає збентеження, нерозуміння та внутрішній спротив. Для досягнення успіху необхідна потужна підтримка та розуміння з боку усіх учасників процесу, глибока трансформація поглядів і поведінки таким чином, щоб всі учасники були готові брати на себе зобов'язання щодо створення умов для цих змін та їхнього постійного супроводу.

Незважаючи на те, що концепція інтегрованої допомоги не нова, а виникла ще у 80-х роках двадцятого століття як бачення розвитку первинної ланки допомоги, у більшості країн світу комплексний догляд, як і раніше, вважається новою ідеєю, а кількість провайдерів інтегрованих послуг є незначною.

І хоча необхідним є проведення більшої кількості досліджень з метою визначення того, як саме інтегрована допомога може бути використана для поліпшення клінічних результатів і витрат на управління охорони здоров'я, достатній світовий організаційний досвід надання інтегрованої допомоги доводить її значну ефективність. У нинішній час, в умовах глобалізації, нових викликів та в контексті світових цілей у сфері охорони здоров'я є вагома можливість поглянути на питання інтегрованої допомоги з нової точки зору та повернутися до ідеї широкого її впровадження.

Концепція, роль та загальні підходи до інтегрованої допомоги в системі реформування системи охорони здоров'я та, зокрема, надання послуг особам з ВІЛ/СНІД та наркотичною залежністю

1.1 Визначення понять

В українській практиці, незважаючи на часткове впровадження та використання принципів інтегрованої допомоги, ані законодавство, ані медико-технічна документація не мають єдиного визначення поняття інтегрованих послуг, яке відповідало б світовій практиці та дефініціям, викладеним в стратегічних документах ВООЗ та інших міжнародних організацій.

Відповідно до визначення ВООЗ, інтегрована допомога є концепцією, яка поєднує визначення, надання, управління і організацію послуг, пов'язаних з діагностикою, лікуванням, доглядом, реабілітацією та покращенням здоров'я. Інтеграція є засобом для удосконалення якості надання послуг в контексті забезпечення доступу, якості, задоволеності користувачів та ефективності лікування.

В свою чергу, інтеграція — це комплекс методів та моделей фінансового, адміністративного, клінічного та сервісного рівнів, направлених на забезпечення зв'язку, координацію та співпрацю як в соціальній, так і медичній сферах. Загальною метою інтеграції є підвищення якості життя людей зі складними та довготривалими проблемами здоров'я, вирішення яких потребує залучення великої кількості фахівців та закладів.

ВООЗ [27] розглядає декілька визначень понять «інтегрований», «інтегрована допомога», «інтегровані послуги», встановлюючи ключові ознаки:

- інтегровані послуги як комплекс профілактичних та лікувальних заходів для певної групи населення;
- багатоцільове призначення пунктів інтегрованої допомоги;
- тривалість та безперервність надання відповідних послуг;
- вертикальна інтеграція послуг та закладів різного рівня;
- супровід пацієнта впродовж усього процесу отримання послуг на всіх рівнях, незалежно від форм власності закладів та вартості послуг;
- інтегрованість прийняття рішень та обов'язковість їхнього виконання на всіх рівнях — районному, регіональному та національному;
- міжсекторальна взаємодія і співпраця.

Інтегровані послуги повинні відповідати наступним принципам:

- максимальна доступність послуг;
- командний підхід та співпраця між надавачами різних послуг;
- дружня атмосфера, відсутність стигми та дискримінації.

Розвиток інтегрованих послуг не означає їхнє одночасне впровадження. Пакет послуг не повинен бути сталим, а змінюватися в залежності від епідеміологічних, адміністративних та інших чинників.

При наданні інтегрованих послуг покращується доступ та прихильність до лікування, відбувається більш раціональна організація лікувального процесу, яка сприяє економії ресурсів, забезпечується моніторинг взаємодії ліків і побічних реакцій на них у різних програмах лікування, підвищується ефективність стратегій епідемічного контролю.

Центр інтегрованих рішень у галузі охорони здоров'я США, який об'єднує Адміністрацію з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я (SAMHSA) та Адміністрацію ресурсів і служб охорони здоров'я (HRSA), визначає інтегровану допомогу як «систематичну координацію загальної і поведінкової охорони здоров'я» та зазначає, що інтеграція психічного здоров'я, зловживання психоактивними речовинами з послугами первинної медичної допомоги дає найкращі результати та є найбільш ефективним підходом до догляду за людьми з множинними потребами у сфері здоров'я».

Узагальнюючи поняття інтегрованих послуг, можна сформулювати наступне визначення: «Інтегровані послуги — це управління та надання послуг у сфері охорони здоров'я, спрямованих на отримання клієнтом континууму профілактичних і лікувальних сервісів, відповідно до його потреб протягом тривалого часу і на різних рівнях системи охорони здоров'я».

Для клієнта інтеграція означає медичну допомогу, яка є безперервною, нерозривною, простою та доступною.

Бажанням пацієнтів є отримання скоординованих послуг, які б зводили до мінімуму як кількість етапів, так і кількість обов'язкових візитів до медичної установи. Пацієнти хочуть, щоб медичні працівники знали про їхнє здоров'я загалом (а не лише один окремий клінічний аспект), а також щоб медичні працівники різних рівнів системи взаємодіяли між собою, отримуючи всю необхідну професійну інформацію. Розшарованість послуг підриває рівень довіри і прихильності пацієнтів, яким важко орієнтуватися серед різних провайдерів та які починають відчувати, що жоден з них не може надати всі необхідні їм послуги.

Для тих, хто надає ці послуги, інтеграція означає, що окремі послуги, а також система управління ними керуються, фінансуються і оцінюються або разом, або в тісній координації.

На стратегічному рівні — серед керівництва в галузі охорони здоров'я та осіб, що визначають політику — інтеграція відбувається при прийнятті рішень щодо фінансування, регулювання і також являє собою нерозривний процес. Це означає об'єднання всіх партнерів — програм технічної підтримки, державних закладів, приватних установ та некомерційних організацій, не залишаючи жоден з цих секторів в ізоляції.

1.2 Існуючі підходи до надання інтегрованих послуг

На сьогоднішній день, говорячи про підходи до надання *інтегрованих послуг*, здебільшого згадують два підходи:

- ✓ інтеграція послуг «під одним дахом»;
- ✓ часткова інтеграція, де послуги, надання яких не покривається профільним закладом, надаються шляхом ефективної переадресації та супроводу в інші ЗОЗ.

Водночас, на практиці зазначений розподіл практично не використовується, оскільки різні послуги можуть надаватись відповідно до різних підходів, наприклад, частина послуг, які визнаються найбільш важливими чи простими щодо організації їх надання, надаються в одному місці

по принципу «під одним дахом», решта (за визначеним переліком) — за переадресацією та з використанням механізму супроводу.

ВООЗ [73] вказує на те, що модель, за якою інтегрована допомога може надаватися децентралізовано окремими закладами або фахівцями, з переадресацією клієнтів та/або в умовах координації міждисциплінарної команди одним фахівцем, є, звісно, не найефективнішою, але часто чи не єдиною можливою в умовах обмежених та розрізнених ресурсів в системі медичної і соціальної допомоги та вертикальної системи управління[56].

В цілому кожен з підходів до організації інтегрованих послуг у контексті будь-якої окремої послуги має право на існування та залежить від різних факторів, зокрема, типу надання медичної допомоги, можливостей ЗОЗ, кадрового забезпечення, потреб споживачів тощо. Крім того, раціональним вибором буде зосередження на сферах, де є можливість здійснення найвагомшого впливу і формування найбільш значущого результату. Навіть країни та системи охорони здоров'я зі значними економічними та організаційними можливостями комплексного догляду не намагалися спочатку інтегрувати всі аспекти охорони здоров'я і соціального забезпечення водночас.

Питання економічної ефективності є наступним ключовим моментом, від якого залежить вибір, яким чином надаватиметься конкретна послуга, що визначена як важлива для впровадження інтегрованого ведення пацієнта. Очевидно, що в умовах обмежених ресурсів та орієнтації системи охорони здоров'я на їх раціональне використання практичне впровадження моделі «під одним дахом» для всіх послуг не завжди знаходить своє виправдання з точки зору витрачених ресурсів і досягнутих результатів та може бути значним фінансовим тягарем.

1.3 Інтегрована допомога для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів

У контексті розбудови системи громадського здоров'я в Україні особлива увага спрямовується на попередження, контроль та подолання захворювань, які мають соціальне значення або належать до категорії «соціально небезпечних». Серед зазначеної категорії одне з перших місць посідає опіоїдна залежність.

Відповідно до принципів лікування наркотичної залежності, представлених ВООЗ та УНЗ ООН, споживання наркотиків необхідно розглядати перш за все як стан, керування яким належить до сфери функціонування системи охорони здоров'я, а тому особлива увага повинна бути спрямована на координацію взаємодії між системами/службами охорони здоров'я різної спрямованості та рівнів.

Таким чином, надання інтегрованої медико-соціальної допомоги хворим на опіоїдну залежність є одним із пріоритетних завдань сьогодення.

Особи, що хворіють на опіоїдну залежність, потребують уваги не лише через власне медичну та соціальну значущість проблеми, але й тому, що практика споживання ін'єкційних наркотиків створює величезний ризик розповсюдження ВІЛ-інфекції, туберкульозу, вірусних гепатитів та інших захворювань в середовищі людей, які вживають наркотики ін'єкційно, та, як наслідок, сприяє поширенню захворюваності серед загального населення.

Дослідження, проведені в останньому десятилітті, показують, що люди з психічними розладами та залежностями мають меншу тривалість життя порівняно із загальним населенням. Причини цих передчасних смертей включають в себе стани здоров'я, що піддаються лікуванню, такі як хвороби серця, діабет, ВІЛ, туберкульоз тощо.

Люди, що страждають на залежність від психоактивних речовин, мають широкий спектр інших супутніх медичних захворювань, таких як хвороби нирок, цукровий діабет, захворювання легень (емфізема, хронічне обструктивне захворювання легень, пневмонія), гінекологічні/акушерські захворювання, частіше порівняно із загальним населенням страждають на депресію, в тому числі клінічну, підвищену тривожність та психози.

Залежні дорослі пацієнти, в порівнянні з іншими контрольними групами, більш схильні до травм, болю в попереку, артеріальної гіпертензії, головного болю та інших фізичних розладів. Серед них також відзначаються більш високі витрати на охорону здоров'я [66].

Бекі Вон та Аарон Вільямс (Служба профілактики психічних розладів, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами, США (SAMHSA)) у статті «A Window Into Addiction Treatment and Primary Care Integration» [75] зазначають, що, за даними досліджень, люди з психічними та поведінковими розладами, викликаними вживанням психоактивних речовин, мають у 9 разів більший ризик застійної серцевої недостатності, у 12 разів більший ризик розвитку цирозу печінки, у 12 разів більший ризик розвитку пневмонії. Окрім того, вживання ПАР також може ускладнити перебіг інших хронічних захворювань. Наприклад, залежність та депресії пов'язані з низькою прихильністю до лікарських препаратів.

Згідно з міжнародними підходами, інтегровані послуги мають бути базовим принципом надання медичної допомоги хворим на наркотичну залежність, зокрема, документ, розроблений в 1999 році фахівцями Національного інституту з питань зловживання наркотиками (NIDA), підкреслює, що невід'ємним компонентом лікування наркотичної залежності є поєднання лікувальних програм з діагностикою ВІЛ, вірусних гепатитів В і С, туберкульозу та інших захворювань.

1.4 Перешкоди в наданні інтегрованих послуг

Отримані докази дозволяють свідчити про ефективність впровадження інтегрованих послуг пацієнтам з опіюйдною залежністю, що отримують замісну підтримувальну терапію.

Втім, існує низка перешкод для надання інтегрованих послуг, а саме [70]:

- 1) *Різниця в пріоритеті.* Клієнт, який приходить до закладу наркологічної служби чи центру СНІДу стикається з безліччю обов'язкових заходів і процедур. Деякі них можуть бути взаємовиключними, що створює значні труднощі при розробці плану лікування для пацієнтів, які потребують одночасного вирішення обох проблем.
- 2) *Різниця в філософії.* Заклади наркологічної служби часто працюють, виходячи з принципів досягнення абстиненції. Спеціалізовані заклади з ВІЛ/СНІДу та фахівці в галузі громадського здоров'я часто використовують принципи зменшення шкоди. Ця філософська відмінність може бути причиною серйозного конфлікту між програмами та підходами.
- 3) *Різниця в фінансуванні.* Державне фінансування програм профілактики та лікування наркозалежності в цілому спрямоване на заборону вживання наркотиків і профілактику. З іншого боку, фінансування боротьби з ВІЛ/СНІДом, зосереджено на лікуванні та лабораторному моніторингу його ефективності. Значно більше фінансування соціальних послуг доступне для осіб з діагнозом ВІЛ/СНІД. Джерела фінансування рідко визнають проблеми коморбідності.
- 4) *Різниця в навчанні.* Багато надавачів наркологічної допомоги є експертами у виявленні проблем залежності та розробці цілей лікування для залежних клієнтів, але в той же час вони не здатні повністю задовольнити інші медичні потреби своїх клієнтів. Багато надавачів послуг громадського здоров'я не мають навичок щодо скринінгу та лікування залежності від ПАР. Очевидно, що існує потреба в поточному удосконаленні персоналу і перехресному навчанні.

1.5 Умови, необхідні для організації ефективної системи надання інтегрованих послуг

Будь-які зусилля щодо розробки схеми інтегрованого лікування розладів, викликаних зловживанням ПАР, ВІЛ/СНІДу, ТБ, ВГ тощо, як в рамках однієї установи, так і через індивідуальні плани по догляду, повинні включати в себе наступні компоненти:

- 1) *Єдине бачення пріоритетів щодо клієнта у всіх надавачів послуг.* Клієнт, який має виступати в якості повноправного партнера в догляді за ним, повинен отримувати чіткі і послідовні настанови та роз'яснення.
- 2) *Сильна модель управління.* Для ефективного ведення клієнта слід призначити одного професіонала у сфері надання послуг для ведення клієнта у всіх установах в якості кейс-менеджера. Він повинен мати повноваження вести переговори, формувати графіки та управляти ресурсами, щоб розробити спільно з клієнтом план лікування. У кожній мультидисциплінарній команді статус кейс-менеджера повинна мати тільки одна особа.
- 3) *Соціальні послуги як основа плану лікування.* Для багатьох клієнтів першочерговим завданням є щоденне виживання. Визначення цього поняття може бути індивідуальним та варіюватися, включаючи в себе проживання, харчування, фінансове забезпечення, сімейні контакти або роботу. Без вирішення цих основних пріоритетів клієнта лікування не може бути успішним.
- 4) *Усі постачальники послуг повинні мати достатню кваліфікацію щодо їх надання.* Послуги, які надаються відповідно до різних програм, мають бути комплементарними і покривати існуючі недоліки та прогалини окремо існуючих програм.
- 5) *Спільне визначення правомірності, що часто є однією з ключових перешкод на шляху досягнення інтегрованої допомоги.* Кожна установа встановлює власні вимоги, в тому числі щодо ведення різноманітної документації. Вкрай важливо, щоб новому клієнту була надана допомога без тривалих бюрократичних процедур. Співробітники окремих установ повинні бути готовими йти на поступки у співпраці з колегами та виступати від імені клієнта.

1.6 Ключові принципи та підходи до надання інтегрованих послуг

Новим стратегічним документом, прийнятим на Засіданні високого рівня Генеральної Асамблеї ООН щодо подолання епідемії ВІЛ/СНІДу, стала політична Декларація 2016 року «Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030 року».

У документі, зокрема, звертається особлива увага на потреби ключових груп населення. Основові напрямки діяльності, які визначаються Декларацією, безпосередньо підтримуватимуть глобальні зусилля щодо прогресу в досягненні стратегічних Цілей Сталого Розвитку (ЦСР), пов'язаних з ВІЛ, а саме:

- ✓ Забезпечення доступу до послуг з тестування на ВІЛ та лікування (ЦСР 3 — забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх в будь-якому віці).
- ✓ Інвестування в заходи, що трансформуються у відповідь на СНІД (ЦСР 5 — забезпечення гендерної рівності, розширення прав і можливостей усіх жінок та дівчаток).
- ✓ Забезпечення прав усіх людей на доступ до високоякісних послуг у зв'язку з ВІЛ (ЦСР 10 — скорочення нерівності всередині країн і між ними).

- ✓ Усунення законів, політик і практик, які блокують доступ до послуг у зв'язку з ВІЛ, ліквідація стигми та дискримінації (ЦСР 16 — сприяння побудові миролюбного й відкритого суспільства в інтересах сталого розвитку, забезпечення доступу до правосуддя для всіх і створення ефективних, підзвітних та заснованих на широкій участі інституцій на всіх рівнях).
- ✓ Залучення та підтримка людей, які живуть з ВІЛ та яких торкнулася епідемія ВІЛ-інфекції, а також інших ключових партнерів у протидії СНІДу (ЦСР 17 — зміцнення засобів здійснення й активізація роботи в рамках Глобального партнерства в інтересах сталого розвитку).

Для впровадження інтегрованого підходу для СН [83] ВООЗ були виділені **шість ключових принципів**, що роблять цей підхід більш ефективним порівняно з традиційною системою надання послуг.

- 1) *Надання комплексного пакету послуг*, включаючи допомогу при наркотичній залежності, ВІЛ та ТБ інфекції, психіатричних захворюваннях і психосоціальної підтримку.
- 2) *Надання послуг на одній території*, за можливості раціональне розташування сайту, в зручному для пацієнтів місці, з інфраструктурою, яка дозволяє практичну реалізацію інтегрованого підходу.
- 3) *Мультидисциплінарний підхід*. Створення команди фахівців, об'єднаної веденням індивідуального випадку кожного пацієнта з регулярними зустрічами і активною роботою щодо зменшення кількості бар'єрів для надання медичної допомоги, а також підготовкою фахівців з додаткових клінічних дисциплін.
- 4) *Партнерські відносини з пацієнтами*. Формування відношення до пацієнтів як до рівних, а не тільки як до представників груп ризику, неупереджене ставлення та відсутність дискримінації.
- 5) *Використання концепції зменшення шкоди* — стратегії профілактики негативних медичних, соціальних, економічних та правових наслідків серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СН), які не можуть чи не готові відмовитися від вживання, спрямованої на вирішення першочергових проблем та зменшення ризику, асоційованого зі споживанням ін'єкційних наркотиків, без осуду та спроб «боротьби з наркотиками».
- 6) *Міжсекторальна взаємодія* між недержавним та державним сектором з метою максимального розширення спектру і удосконалення якості послуг. НУО часто мають в своєму розпорядженні допоміжні позиції для клінічного персоналу і фінансові ресурси, не завжди доступні для державних клінік, що розширює комплексні можливості ведення випадку.

Повний перелік послуг, актуальних для СН в Україні, включає всі аспекти діагностики, лікування та профілактики психічних розладів і залежності, ВІЛ-інфекції, туберкульозу, гепатитів, ІПСШ, репродуктивних та загальносоматичних захворювань [90].

Сама концепція зменшення шкоди, підходи ВООЗ та ЮНЕЙДС містять рекомендації щодо необхідних інтервенцій, які теж мають бути інтегрованими.

Як окремий принцип та підхід можна виокремити *розвиток системи заходів, спрямованих на вчасне виявлення залежності та зловживання ПАР, особливо у закладах, що надають первинну медичну допомогу*.

Історично стани, пов'язані зі зловживанням ПАР, адресувались для вирішення до закладів, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу. Регулярне обстеження на вживання психоактивних речовин не є поширеною практикою в медичних установах, орієнтованих на надання первинної медичної допомоги, незважаючи на свою ефективність, встановлену для виявлення зловживання алкоголем. Навіть якщо існування ризику або залежності ідентифікується пацієнтом або практикуючим лікарем, його стан дуже часто ігнорується, або пацієнти направляються за межі первинної медичної допомоги для лікування і в подальшому не забезпечується координація лікування різних станів пацієнта.

Така відсутність зв'язку і координації між лікарями загальної практики та фахівцями, які лікують пацієнтів із залежностями, погіршує стан здоров'я окремих осіб, груп населення та цілих спільнот.

Дослідження показали, що скринінг і раннє втручання можуть зупинити проблему зловживання, перш ніж вона переросте в більш серйозний хронічний стан. Для тих, у кого дійсно розвивається хронічний стан захворювання, лікування, як правило, повинно включати гостру фазу пацієнт-орієнтованого лікування, а потім фазу продовження терапії, яка допомагає пацієнтові управляти своїм захворюванням і підтримує його в умовах триваючого відновлення в громаді[47].

Скринінг, короткострокові інтервенції та направлення на лікування надають можливість широкому колу фахівців-практиків у галузі охорони здоров'я активно допомагати пацієнтам, які можуть бути в групі ризику щодо вживання психоактивних речовин. Ці заходи включають в себе виявлення осіб, які потребують спеціалізованого лікування, та їх направлення для його отримання.

Затримка в ранньому виявленні та наданні послуг сприяє поширенню стигматизуючого переконання, що у всіх цих пацієнтів розвиваються порушення термінальної стадії без шансів на ефективне лікування та відновлення.

Інтеграція послуг з лікування наркотичної залежності в загальну медичну допомогу в цілому може мати важливе значення для зменшення стигми, пов'язаної з цими станами. Зниження стигми заохочує швидке і належне втручання і лікування.

Міжнародний досвід лікування наркозалежності вказує на те, що послуги з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу є невід'ємною складовою лікування наркозалежності в будь-яких умовах надання послуг та існування систем охорони здоров'я [70].

У 2005 році було підраховано, що приблизно одна третина людей в Сполучених Штатах, які живуть з ВІЛ/СНІДом, побічно (через статевих партнерів) або безпосередньо пов'язані зі вживанням ін'єкційних наркотиків [1].

Доведено, що застосування інтеграції лікування психічних та поведінкових розладів паралельно з лікуванням ВІЛ-інфекції за допомогою АРТ є ефективним. Про це свідчить аналіз багатьох клінічних досліджень, який отримав висновки щодо позитивних впливів застосування ЗПТ та АРТ [41].

Автори досліджень робили порівняння за низкою індикаторів:

1. Охоплення АРТ.
2. Прихильність до АРТ.
3. Рівень вірусного навантаження.
4. Кількість CD4 лімфоцитів.
5. Утримання в лікуванні.
6. Смертність від причин, пов'язаних з ВІЛ, у групах ВІЛ-позитивних СІН, які одночасно отримували АРТ та ЗПТ, та в групі ВІЛ-позитивних СІН, які отримували лише АРТ.

У групах ВІЛ-позитивних СІН, що отримували ЗПТ, шанси бути охопленим АРТ на 45% вищі. Участь у ЗПТ пов'язується з двократним збільшенням прихильності до АРТ, а також зі збільшенням шансів досягти вірусної супресії на 45%, значним підвищення кількості CD4 через 12 місяців в групі пацієнтів, які приймали одночасно ЗПТ та АРТ.

Водночас, дані досліджень вказують на зниження на 23% шансів припинення АРТ у групі пацієнтів, які одночасно приймали АРТ та ЗПТ. Щодо зниження рівня смертності від причин, пов'язаних з ВІЛ, автори не дійшли висновків про відмінності у її рівні в групах ЗПТ+АРТ та групі АРТ. Також існують докази, що інтеграція ЗПТ в стаціонарне лікування туберкульозу значно покращує прихильність до лікування серед СІН.

1.7 Рекомендовані інтервенції для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — споживачів ін'єкційних наркотиків

До **інтервенцій** зі зменшення шкоди для людей, що вживають наркотики ін'єкційно, з **доведеною ефективністю** віднесено наступні дев'ять груп заходів:

- 1) *Програми обміну голоч і шприців (ПОШ)*. За рідкісним винятком, результати проведених досліджень показують, що ПОШ дозволяють істотно скоротити кількість випадків передачі ВІЛ-інфекції — в деяких випадках на 33-42% [17, 18].
- 2) *Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ)* з використанням метадону або бупренорфіну є високоефективним методом зниження частоти ін'єкційного споживання наркотиків, яке для наркоспоживачів пов'язане з ризиком ВІЛ-інфікування. Крім того, було показано, що ЗПТ сприяє поліпшенню доступу до АРТ та прихильності до лікування, а також зниження смертності [67].
- 3) *Консультування і тестування на ВІЛ (КіТ)*. Програми тестування на ВІЛ та консультування відкривають шлях до лікування та догляду при ВІЛ-інфекції, в тому числі до отримання АРТ.
- 4) *Антиретровірусна терапія (АРТ)*. Доступ та прихильність до АРТ у споживачів наркотиків значно менший ніж у інших груп, однак існують докази щодо формування стійкої прихильності до лікування у СІН, які отримують ЗПТ, що підкреслює важливість інтеграції таких послуг.
- 5) *Профілактика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)*.
- 6) *Програми щодо забезпечення презервативами СІН та їхніх статевих партнерів*. Заходи, спрямовані на скорочення числа випадків ризикованої сексуальної поведінки серед СІН, у тому числі програми щодо забезпечення презервативами і поліпшення доступу до послуг в сфері охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, як правило, є менш ефективними з точки зору зниження ризику передачі ВІЛ-інфекції, ніж заходи щодо скорочення ризикованих форм поведінки, пов'язаних з ін'єкційним споживанням наркотиків. Це, однак, не применшує важливості таких заходів, зокрема, якщо мова йде про забезпечення презервативами і профілактику та лікування ІПСШ серед жінок-СІН, особливо залучених до секс-роботи.
- 7) *Цільові програми в галузі інформування, освіти і комунікацій (ІОК)*, орієнтовані на СІН та їхніх партнерів.
- 8) *Вакцинація, діагностика та лікування вірусних гепатитів* як найбільш поширеного інфекційного захворювання серед СІН.
- 9) *Профілактика, діагностика і лікування туберкульозу*.

Зазначені дев'ять груп заходів були включені до комплексної програми, тому що їм належить провідна роль у профілактиці та лікуванні ВІЛ-інфекції. Ефективність цих заходів з точки зору запобігання поширенню ВІЛ-інфекції підтверджена численними науковими даними [72].

Окрім того, хоча аустріч-робота (проводиться поза межами ЗОЗ та побудована за принципом «рівний–рівному») в цю комплексну програму включена не була, але такий підхід рекомендується як дієвий метод роботи з СІН — окрема група заходів зі взаємодії з СІН як категорією осіб, з якими найчастіше буває важко встановити та підтримувати контакт.

Аутріч-робота є ефективним підходом для проведення таких заходів в сфері профілактики ВІЛ/СНІДу, як обмін та розповсюдження шприців та голок, забезпечення презервативами, проведення заходів з інформування, освіти і комунікації. Крім того, під час аутріч-роботи споживачів ін'єкційних наркотиків можна супроводжувати для отримання таких видів лікування, як ЗПТ і АРТ. Аутріч-робота рекомендується як метод надання послуг і компонент всіх програм профілактики і лікування ВІЛ-інфекції. Зазначені заходи доцільно також проводити в пенітенціарних та інших установах закритого типу [18].

Відповідно до рекомендацій ВООЗ та УНЗ ООН, завданнями для інтегрованого підходу, що можуть служити індикаторами результату надання інтегрованих послуг для хворих на наркотичну залежність, є:

- підвищення рівня ранньої діагностики ВІЛ-інфекції та туберкульозу у пацієнтів, залежних від опіоїдів;
- залучення пацієнтів до програм замісної підтримувальної терапії;
- підвищення прихильності до лікування (АРТ, протитуберкульозне лікування);
- підвищення доступності до профілактичних та психосоціальних послуг;
- підвищення ефективності лікування в цілому завдяки більшій вірогідності відсутності пропусків у прийомі препаратів;
- підвищення ефективності витрат на лікування;
- збільшення ефективності профілактичних заходів;
- збільшення ефективного контролю над терапією.

Максимальної користі від реалізації цих дев'яти груп заходів можна домогтися, якщо проводити їх у комплексі. Зважаючи на це, дуже важливо організувати процес безперервного моніторингу та оцінки кожного з них.

При цьому варто враховувати, що країни знаходяться на різних етапах організації комплексних заходів, а забезпечення повноти процесу моніторингу та оцінки може бути пов'язане з певними обмеженнями. Внаслідок чого в якості мінімальної вимоги рекомендується організувати моніторинг проведення принаймні чотирьох перших груп заходів: ПОШ, ЗПТ, КіТ і АРТ [92].

1.8 Постановка цілей в контексті лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — споживачів ін'єкційних наркотиків з точки зору громадського здоров'я

Багато осіб, що зловживають наркотичними речовинами, не здатні досягти повної абстиненції внаслідок різкого припинення вживання на початку лікування. Розглядаючи випадки триваючого зловживання наркотичними речовинами, програми лікування повинні знайти баланс між утриманням і забезпеченням підходу громадського здоров'я до лікування наркозалежності.

Модель громадського здоров'я підкреслює поступове зменшення зловживання або ризикованої поведінки, пов'язаної з інфікуванням ВІЛ та іншими хворобами, що передаються через кров, як мети лікування і намагається утримувати клієнтів в лікуванні, навіть якщо повна абстиненція не досягається.

Громадське здоров'я розглядає кожні позитивні зміни як успіх, який допомагає клієнтам бачити, що вони можуть позитивно впливати на власне життя, на відміну від моделі, яка розглядає не-

повне утримання як провал та може посилити почуття безпорадності і безнадійності клієнтів в їхній нездатності підтримувати зміни у поведінці.

Якщо СІН знаходиться на континуумі від утримання до серйозного зловживання, будь-який крок в бік поміркованості та зниження ризику є кроком у правильному напрямку і не суперечить меті утримання в якості кінцевої мети зменшення ризику [2].

Окрім того, дослідження свідчать, що СІН, які працюють і в цілому добре функціонують в суспільстві, навряд чи будуть позитивно реагувати на деякі форми традиційного лікування, якщо, наприклад, повідомити їм, що у них є первинне захворювання — залежність і вони повинні утримуватися від усіх психоактивних речовин на все життя [49]. Така гнучкість є особливо необхідною в контексті роботи з ВІЛ-інфікованими пацієнтами через важливість їх утримання в системі громадського здоров'я. В іншому випадку вони, ймовірно, продовжать піддавати ризику інших осіб, якщо залишать лікування та повернуться до ін'єкційного споживання.

Для того щоб зменшити поширення ВІЛ-інфекції, лікарям, можливо, доведеться працювати з цими клієнтами, навіть якщо вони продовжують зловживати ПАР.

Кожна програма лікування наркозалежності повинна встановити баланс між абстиненцією і громадським здоров'ям, що базується на потребах громади. Наприклад, навіть програма, яка підкреслює важливість абстиненції, може використовувати модель громадського здоров'я для навчання активних споживачів ін'єкційних наркотиків навичкам безпечного сексу і вживання наркотиків, таких як використання презервативів і стерильних шприців.

Постановка та розуміння цілей для лікування опіоїдної залежності має відбуватись виходячи з розуміння психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів як хронічної хвороби, а не гострого стану [47].

Нижче представлено порівняльну таблицю щодо цілей та завдань лікування хронічної хвороби та гострого стану.

Таблиця 1

	Лікування гострих станів (грип, запалення легень тощо)	Лікування хронічних хвороб (залежність, діабет, астма, артрит тощо)
Хвороба	Короткотривала, вилікована. Після лікування — повернення до звичайного стилю життя.	Хронічна, з рецидивами. Впливає та пов'язана зі стилем життя. Приєднання психосоматичного компоненту.
Мета лікування	Вилікувати. Повернути до звичайного життя.	Мінімізувати вплив хвороби. Навчитись жити з хворобою.
Місце лікування	Стаціонар, амбулаторне лікування.	Амбулаторне лікування, різні моделі надання послуг.
Тривалість лікування	Обмежена в часі.	Довготривале (можливо, що пожиттєве). Необхідність дотримання режиму/ спеціальних умов життя.
Контроль	Зовнішній (медичний персонал).	Сам пацієнт та/або члени родини. Роль лікаря — при загостреннях.
Роль пацієнта	Пасивна. Патерналістська модель «дорослий» — «дитина».	Партнер у лікуванні. Відповідальність за результати лікування.

Зважаючи на зазначене, першочерговою ціллю лікування та надання інтегрованих послуг хворим на опію є покращення якості життя та вирішення супутніх проблем, пов'язаних зі вживанням, як медичних, так і соціальних, ослаблення негативних наслідків хвороби та формування більш безпечної поведінки. Рекомендується організувати процес надання послуг та встановлювати цілі, виходячи з вищезазначеного розуміння хронічної хвороби та притаманного їй характеру, де рецидиви розглядаються не як відсутність успіху лікування, а закономірний процес.

1.9 Рекомендації для керівників установ щодо організації та надання інтегрованої допомоги

Для того щоб мати змогу оцінити власні потреби та можливості для впровадження інтегрованих послуг, особи, що приймають рішення, та керівники установ в першу чергу повинні знайти відповіді на наступні питання:

Адміністративні питання:

1. Які завдання і місія вашого закладу?
2. Чи потрібно їх змінювати?
3. Чи є інтеграція частиною завдання і місії вашого закладу?
4. Чи розробили ви стратегічний план, пов'язаний з інтеграцією?
5. Чи добре обізнані керівні органи вашого закладу щодо інтеграції та принципів надання інтегрованих послуг?
6. Чи розумієте ви потреби вашої громади у послугах первинної допомоги та/або лікування залежностей?
7. Чи підтримують інтеграцію ваші адміністративні політики (наприклад, конфіденційність, оплата, відшкодування витрат, етика)?
8. Які зміни могли б краще сприяти інтеграції клінічних та управлінських процесів?
9. Наскільки ваша існуюча система надання послуг здатна конкурувати з іншими провайдерами та реагувати на попит?
10. Як впливатимуть зміни у національному законодавстві та реформування галузі на вашу поточну і майбутню модель надання послуг?

Ресурсні питання:

1. Чи існують у вас відносини (формальні чи неформальні) з іншими постачальниками послуг у сфері психічного здоров'я та первинної медичної допомоги?
2. Чи є потенціал розвивати ці відносини?
3. Які існуючі ресурси (наприклад, громадські коаліції, програми профілактики) можуть бути використані в різних системах як результат співпраці?
4. Чи є у вас доступ до різних рівнів медичної допомоги через медичних партнерів, аби пацієнти могли бути належним чином підтримані впродовж континууму надання послуг?
5. Чи є у вас персонал та інші ресурси для надання первинної медичної допомоги і лікування розладів, пов'язаних із вживанням ПАР?

6. Чи маєте ви співробітників з широким спектром експертних знань і/або компетенцій, пов'язаних з інтегрованою допомогою (наприклад, кейс-менеджмент, координація зусиль тощо)?
7. Чи має ваш заклад необхідні ліцензії та дозволи?
8. Наскільки складним і тривалим є отримання необхідних додаткових ліцензій/дозволів?
9. Чи є ви закладом первинної медичної допомоги в рамках вашої громади чи маєте ефективні робочі стосунки з таким закладом?
10. Чи знайомі ви з регуляторними актами, що стосуються ліцензування первинної медичної допомоги або маєте доступ до даної інформації?
11. Чи демонструє ваша програма інтегровані компоненти, навіть якщо ці елементи носять неформальний характер і не є частиною певної структури програми (наприклад, неформальні процеси обміну персоналом для координації послуг)?

Фінансові питання:

1. Чи є у вас професійні співробітники, здатні забезпечити якісну первинну медичну допомогу або послуги з управління залежностями?
2. Чи потрібні додаткові інвестиції в людей та обладнання і які?
3. Яке фінансування повинна отримувати ваша організація для того, щоб постійно підтримувати модель інтегрованої допомоги (ключові елементи: кількість клієнтів, кількість візитів на рік, тарифи, реімбурсація)?
4. Чи маєте ви можливість отримувати плату від окремих груп, платників (наприклад, приватне страхування)?
5. Чи відомо вам, як досягнути основних джерел фінансування?

Клінічні питання:

1. Чи використовуєте ви електронну систему обліку пацієнтів?
2. Чи може ваша система забезпечувати наповнення даних щодо пацієнта для підтримки інтеграції?
3. Чи містить ваша електронна система дані щодо інших послуг, пов'язаних зі здоров'ям?
4. Чи може ваша система створити електронний рахунок після надання послуг?

Відповідь на дані запитання, з урахуванням особливостей системи надання послуг як в окремих країнах, так і в регіонах, в тому числі і в Україні, дозволить покращити розуміння місця окремих закладів у системі громадського здоров'я та здатність надання інтегрованих послуг, сформувавши найбільш ефективну, стійку і якісну модель надання інтегрованої допомоги [75].

Впровадження інтегрованих послуг рідко здійснюється на адміністративному рівні. Хоча тверде, формальне розуміння і домовленості є необхідними, найбільший успіх насправді досягається на рівні безпосереднього персоналу.

При роботі з декількома тісно пов'язаними діагнозами лікар не може дозволити собі думати або працювати виключно в рамках свого власного закладу, компетенцій чи особистого досвіду. Замість цього провайдер повинен побудувати мости до інших надавачів, які дозволять клієнтам вирішити всі їхні потреби.

1.10. Міжнародний досвід організації та надання інтегрованих послуг для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — споживачів ін'єкційних наркотиків

1.10.1 Досвід Сполучених Штатів Америки щодо організації та надання інтегрованих послуг для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — споживачів ін'єкційних наркотиків

1

Згідно з даними Національного дослідження SAMHSA зі вживання наркотиків та охорони здоров'я (NSDUH, 2005), зловживання ПАР є хронічними захворюваннями, які були ідентифіковані у приблизно 9,5% населення (близько 24 млн американців у віці старше 12 років). Проте з них лише близько 10% отримували лікування в спеціалізованих закладах, а більш ніж 40% тих, хто звертався за допомогою, стверджують, що їм було відмовлено в лікуванні через фінансову неспроможність або страхові бар'єри. У той же час наркоспоживачі є найбільш залежною від державних джерел фінансування для лікування групою пацієнтів, порівняно з пацієнтами з іншими захворюваннями.

Дані проведених досліджень свідчать про те, що витрати на охорону здоров'я, зокрема на хронічні захворювання, збільшуються щорічно протягом всієї тривалості життя осіб, що зловживають алкоголем та наркотиками. Незважаючи на цей висновок, скринінг розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, історично не був звичайною практикою в медичних установах США, навіть у відділеннях невідкладної допомоги, і лікування поза невідкладною медичною допомогою надавалося окремо від загальної медичної допомоги.

Американські науковці Робінсон і Рейтер [63] у своїй книзі «Поведінкове консультування та первинна медична допомога: керівництво з інтеграції послуг» підрахували, що понад дві третини відвідувань закладів первинної медичної допомоги пов'язані з психосоціальними проблемами. Дані також вказують на значну присутність осіб, що зловживають ПАР, як ідентифікованих, так і не ідентифікованих, під наглядом у лікувальних закладах різного профілю та підпорядкування.

За даними National Prevention Network (Мережа попередження зловживання наркотиками), понад 1,5 млн відвідувань у відділеннях невідкладної допомоги в 2008 році були пов'язані з тією чи іншою формою зловживання психоактивними речовинами.

З порушеннями, пов'язаними зі вживанням наркотиків чи алкоголю, в 2006 році було пов'язано близько 3% випадків перебування в стаціонарних відділеннях лікарень, що становить близько 12 млрд дол. [64, 35].

Проте більше 90% пацієнтів, які відповідають критеріям розладів внаслідок вживання психоактивних речовин, не можуть самостійно сприймати необхідність спеціалізованого лікування і тому не прагнуть його (дані Управління прикладних досліджень SAMHSA, 2008).

Зі зміною наркосцени в програмах лікування залежності також спостерігають зростання кількості пацієнтів з серйозними медичними проблемами, включаючи ВІЛ і гепатит В та С, що пов'язано з ін'єкційним вживанням наркотиків, а також пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями і отруєнням свинцем, пов'язаним зі вживанням метамфетаміну. Вивчення підлітків в програмах лікування хімічної залежності також відображає аналогічне збільшення проблем зі здоров'ям і витрат на охорону здоров'я серед цих груп [61].

Нещодавно проведені в США дослідження показали, що члени сімей осіб з алкогольною та/або наркотичною залежністю також більш імовірно мають медичні проблеми і несуть більш високі витрати на медичне обслуговування як результат життя з наркозалежними людьми [61].

Дослідники також зафіксували взаємозв'язок між вживанням психоактивних речовин і травмами, особливо дорожньо-транспортними пригодами, які закінчуються серйозними наслідками. Відділення швидкої допомоги і травм пункти повідомляють про високий відсоток пацієнтів, чий стан пов'язаний зі зловживанням алкоголем та наркотичними речовинами.

У США 54% програм лікування наркозалежності існують без залучення лікарів. В останні роки низка змін в системі охорони здоров'я зробили інтеграцію первинної медичної допомоги і лікування залежностей більш життєздатною для багатьох надавачів послуг.

Реформа охорони здоров'я та захисту пацієнтів у США, що розпочалася у 2010 році, відкрила двері, за оцінками експертів, для більше, ніж 16 млн нових пацієнтів, значна частина яких є споживачами ПАР, в тому числі опіоїдів. Реформа також сприяє поліпшенню координації допомоги між постачальниками («під одним дахом») та використанню мультидисциплінарних команд надавачів послуг для вирішення спільних медичних потреб фізичних осіб в більш ефективний і економічно раціональний спосіб.

Інтеграція лікування наркозалежності в систему первинної медичної допомоги системи охорони здоров'я продовжує інтенсивно розвиватися, тим не менш, деякі питання все ще потребують уваги, зокрема ліцензування та атестація роботи в умовах інтегрованої допомоги, удосконалення механізмів фінансування та відшкодування витрат, розвиток електронних інструментів, що сприятимуть більш надійному обміну медичною інформацією, яка в даний час різниться в окремих штатах тощо.

Медична спільнота США погодила єдину позицію, що розбудова та обґрунтування інтеграції послуг особам із залежностями в закладах первинної медичної допомоги та інших медичних установах, а також забезпечення більш тісного зв'язку спеціалізованої та первинної медичної допомоги є надзвичайно важливими.

Так, підраховано, що короткострокові інтервенції дозволяють зекономити 3.81 дол. на охорону здоров'я, за рахунок кожного долара, витраченого на скринінг та інтервенції [22].

Поліпшення результатів лікування пацієнтів і зниження витрат установами, які вже розпочали впровадження таких послуг, впливає на інші заклади та сприяє поєднанню інтеграційних зусиль. Користь від подібної економії коштів отримують, окрім власне пацієнтів та членів їх родин, домогосподарства, роботодавці, державний сектор, особливо заклади охорони здоров'я, установи кримінального правосуддя, а також громадські організації та соціальні служби.

Показовим є приклад проекту The Stanley Street Treatment and Resources (SSTAR), який було розпочато більше 35 років тому з метою забезпечення громади міста Фолл-Рівер (штат Массачусетс), послугами стаціонарної алкогольної детоксикації, лікування алкогольної залежності та проведення просвітницької освіти осіб, засуджених за керування автотранспортом у стані наркотичного сп'яніння.

Однак, починаючи з кінця 1980-х проект SSTAR, будучи свідком того, як епідемія ВІЛ/СНІДу почала своє зростання, забираючи життя багатьох людей, які не отримували адекватної медичної допомоги, прийняв рішення надавати відповідну медичну допомогу, відкривши в 1996 році двірі свого центру здоров'я і заснувавши другий центр здоров'я в березні 2012 року.

На сьогодні SSTAR забезпечує управління хронічними випадками діабету, гіпертонії, астми, хронічного болю, ВІЛ, гепатиту С шляхом впровадження моделі інтегрованої допомоги із залученням широкого кола лікарів і проведення регулярних зустрічей мультидисциплінарних команд для обговорення проблемних питань.

Інтеграційна модель SSTAR заснована та функціонує на наступних принципах:

- ✓ забезпечення кращого, більш цілеспрямованого надання медичної допомоги для людей, які страждають на розлади, пов'язані зі зловживанням ПАР;
- ✓ надання послуг в приватній і доброзичливій обстановці;
- ✓ забезпечення доступу до первинної медичної допомоги;
- ✓ зниження стигми навколо питань наркозалежності в громаді та країні в цілому.

На сьогодні SSTAR надає інтегровані послуги 525 особам в рамках програми лікування опіоїдної залежності, яка не тільки довела свою фінансову стабільність, а й постійно демонструє значне помітне поліпшення послуг, скорочення часу очікування лікування і зменшення частки вибування/переривання лікування.

Заклади США, що надають інтегровані послуги, різняться — як за своїми підходами, так і за спектром послуг.

La Clinica de La Raza — сімейний центр, який працює на 27 об'єктах в трьох округах Каліфорнії. Близько трьох чвертей пацієнтів мають низький рівень доходів, багато хто є іммігрантом, не маючи права на базову медичну допомогу (Medicaid).

Серед послуг, що надаються в La Clinica de La Raza — первинна медична допомога, стоматологічні та оптичні послуги, спеціалізований скринінг на психічне здоров'я та залежності, ранні інтервенції (хронічна залежність переадресується), медико-санітарна освіта і послуги профілактичної медицини, в тому числі щодо хронічних захворювань, діабету, астми тощо. Заходи різного напрямку відбуваються тричі на тиждень. Розширені послуги, в залежності від місцезнаходження підрозділу клініки, охоплюють дорослих, дітей/підлітків, а також літніх пацієнтів.

Commonwealth Care Alliance — заклад у штаті Массачусетс, який також використовує командний підхід, в тому числі із залученням медсестри, громадського медичного працівника і кейс-менеджера в якості сполучної ланки між лікарем і пацієнтом. Вживання психоактивних речовин ідентифікується шляхом скринінгу на всі хронічні захворювання, і команда несе відповідальність за супровід кожного пацієнта, щоб забезпечити необхідні перенаправлення, проводить телефонний моніторинг з відстеженням і коучингом.

Кейс-менеджер керує налагодженою мережею поведінкових спеціалістів, координує заходи з командою на базі первинної медичної допомоги, розглядає всіх пацієнтів з негайними поведінковими проблемами зі здоров'ям, а також несе відповідальність за моніторинг, оцінку та зміну індивідуальних планів лікування при необхідності. Протягом усього процесу лікування, члени команди первинної ланки продовжують тримати в курсі прогресу пацієнта через загальну електронну медичну карту і постійне консультування кейс-менеджера.

Core Center в Чикаго, що забезпечує лікування інфекційних захворювань, включаючи ВІЛ/СНІД, побудований на аналогічній моделі догляду, але поєднує в собі повну біопсихосоціальну модель інтеграції з додатковими соціальними службами. Core Center надає не лише послуги первинної медичної допомоги, а й широкий спектр спеціалізованих медичних послуг в галузі акушерства і гінекології (включаючи скринінг захворювань, що передаються статевим шляхом), гематології, онкології, стоматології, психіатрії та ін.

Послуги лікування наркотичної залежності включають: скринінг, короткі інтервенції, індивідуальні та групові консультації, інтенсивні амбулаторні послуги, консультації психіатра щодо замісної підтримувальної терапії або коморбідних розладів, викликаних вживанням ПАР, направлення до зовнішніх ресурсів спільноти під супервізією соціального працівника. Core Center використовує командний підхід до інтеграції також із використанням централізованої єдиної медичної документації.

Інші інтеграційні зусилля зосереджуються на скринінгу та короткострокових інтервенціях, а не на повній інтеграції, як описано вище. Скринінг та короткострокові інтервенції були визнані клініч-

но і економічно ефективними втручаннями профілактичної охорони здоров'я. Штати Вісконсін і Колорадо зосередились на даній моделі в декількох закладах, в тому числі у стаціонарних лікарнях, центрах невідкладної допомоги, травм пунктах та закладах первинної медичної допомоги.

Finger Lakes Migrant and Community Health (FLMCH) є закладом, який фокусується на оцінці та задоволенні як фізичних, так і поведінкових потреб своїх пацієнтів в 14 округах Нью-Йорка, в першу чергу за рахунок спільного розміщення послуг і управління справами. Сімейні лікарі FLMCH виявляють випадки зловживання ПАР, а також психічні розлади та/або випадки домашнього насильства. Індукція бупренорфіном і консультування стосовно питань залежності та вживання психоактивних речовин надається на чотирьох сайтах клініки.

Програми лікування залежностей Сан-Матео (Каліфорнія) зосередили свої зусилля на співпраці з Медичним окружним центром, який включає в себе 11 клінік первинної медичної допомоги, в тому числі сайт ЗПТ з використанням метадону, та п'ять поліклінік з повним набором послуг для молоді та дорослих з психічними розладами та/або наркозалежністю.

Лікарі первинної ланки надають медичні послуги і безпосередню підтримку та консультування фахівцям поведінкових установ. В первинній медичній допомозі мультидисциплінарна команда за потреби здійснює до трьох візитів до пацієнтів з наркозалежністю. Кейс-менеджер, який знаходиться в закладі первинної медичної допомоги, може здійснити додатково до 10 візитів до пацієнтів. Пацієнти, які потребують більше 10 відвідувань, направляються до спеціалізованих закладів.

Північна Кароліна також має розгалужену систему для проведення скринінгу і коротких інтервенцій в установах первинної медичної допомоги. В рамках штату було реалізовано програму навчання медичного персоналу і медсестер з питань наркозалежності, а також створено відповідний координуючий орган для реалізації ряду ініціатив щодо впровадження послуг для СН в установах первинної медичної допомоги.

Успішна програма в **Сіетлі, Bailey Boushey**, є програмою кваліфікованого медичного догляду, створеною перш за все для осіб, хворих на СНІД (з огляду на більш пізні зміни в лікуванні СНІДу, ліжка закладу іноді використовуються для інших пацієнтів — пацієнтів після трансплантації або онкологічних хворих). Найбільш характерною ознакою установи є її денна програма охорони здоров'я, яка надає послуги в основному пацієнтам з ВІЛ/СНІДом, психічними розладами, а також особам, що страждають на наркотичну залежність. Лікування включає послуги фахівців в області психічного здоров'я, а також спеціалістів з лікування наркотичної залежності.

Montrose Center в Х'юстоні (штат Техас) має багаторічний досвід роботи у тісній співпраці з клінікою для лікування ВІЛ/СНІДу «Томас-стріт», лікарями приватної практики та програмами лікування залежностей. Активності Центру включають інтенсивне та амбулаторне лікування, діяльність груп підтримки та інформаційно-пропагандистські програми в районах зосередження наркоспоживачів. Провайдер має хорошу репутацію щодо роботи з поєднаною патологією (ВІЛ/СНІД, психічні розлади і наркозалежність). Персонал складається в основному з лікарів-терапевтів та ліцензованих професійних консультантів, а також соціальних працівників з профільною вищою освітою.

Hilltop Center в місті Лонгвю (штат Техас) — це програма, що пропонує стаціонарні послуги з лікування для клієнтів з кількома діагнозами. Програма має тісний зв'язок з традиційними програмами лікування, також фокусується на різних альтернативних моделях, співпрацює з фінансуючими організаціями та має підтримку відділу Державної служби лікарських засобів і алкоголю. Ця програма також включає компонент оцінки. Її співробітники пройшли високоякісне навчання, добре вмотивовані, і орієнтуються на важливість запобігання клієнтів від «випадання» з лікування.

The AIDS Health Project в Сан-Франциско пропонує послуги з охорони психічного здоров'я ВІЛ-інфікованих клієнтів, які можуть мати або не мати історію наркоспоживання. Проект реалізу-

ється у співпраці з громадською організацією «Шанті» (Shanti) та СНІД Фондом в Сан-Франциско (San Francisco AIDS Foundation) через Партнерство ВІЛ-послуг (HIV Services Partnership).

«Шанті» надає добровольців для практичної і емоційної підтримки, а СНІД Фонд — приміщення для реалізації лікувально-орієнтованої моделі, яка включає в себе роботу один на один або в групах з клієнтами, що борються з ВІЛ, залежністю та психічними розладами. Проект прагне працювати відповідно до підходу фінансування «лікування за потребами» для пацієнтів з проблемами зловживання ПАР.

Програма амбулаторного лікування опіоїдної залежності (Opiate Treatment Outpatient Program) в багатопрофільній лікарні Сан-Франциско обслуговує близько 160 ВІЛ-інфікованих пацієнтів в рамках своєї програми лікування метадоном (для 250 пацієнтів). Клініка пропонує лікування наркотичної залежності в поєднанні з психіатричною допомогою на місці та послугами щодо ВІЛ/СНІДу на базі центру первинної медичної допомоги.

Ефективні програми лікування, хоча й сильно відрізняються, мають спільні елементи, які сприяють їхньому успіху. Ці риси включають прогресивну філософію програм лікування, інформаційно-пропагандистської роботи, якісне навчання персоналу, існування груп підтримки, громадських зв'язків, а також сталого і прозорого фінансування.

Існує все більше доказів того, що інтеграція послуг для осіб, що страждають на наркотичну залежність, є важливим і економічно ефективним підходом до якісного удосконалення медичної допомоги. Світовий досвід показав, що послуги з лікування наркотичної залежності можуть бути успішно інтегровані в медичних та інших установах, які забезпечують догляд та підтримку. Багато фахівців вже мають необхідну підготовку і готові взяти на себе нові ролі й випробувати нові підходи; з'явилися в інших умовах з'явилися нові позиції, такі як кейс-менеджери та медичні інформатори. Подальша інтеграція лікування наркозалежності до загальної медичної допомоги в цілому залежить від готовності провайдерів до змін, прийняття чи заперечення існуючої моделі догляду та лікування наркозалежних осіб, розробки нових підходів, накопичення спеціальних знань, а також створення нових ролей і компетенцій для наявних та нових працівників.

Окрім того, вирішальне значення має внесення змін до низки фінансових та реабурсаційних політик, які могли б забезпечити необхідний поштовх до стійкості як існуючих, так і майбутніх інтеграційних проектів.

1.10.2 Досвід європейських країн щодо організації та надання інтегрованих послуг для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — споживачів ін'єкційних наркотиків

Досвід **Шотландії** як країни зі значним тягарем наркоспоживання, в тому числі ін'єкційного споживання опіоїдів, який багато в чому перекликається як із загальносвітовими тенденціями, так і з досвідом впровадження програм інтегрованої допомоги США, був викладений у 2008 році у Звіті з надання інтегрованої допомоги для споживачів алкоголю та наркотиків [26].

Документ та його наступні оновлення визначили наступні *основні принципи і елементи, необхідні для удосконалення доступності інтегрованих послуг споживачам ПАР*:

1. Встановити потребу в послугах по області, що зазвичай досягається шляхом проведення оцінки місцевих потреб.
2. Розглянути питання доцільності, доступності та можливостей існуючого спектра послуг.
3. Встановити, чи відповідає існуючий спектр послуг виявленим потребам.

4. Переконатися в тому, що діапазон і потужність послуг і співпраці є адекватними.
5. Встановити чіткі механізми співпраці між установами з метою сприяння комплексному підходу до забезпечення здоров'я та соціальних послуг.
6. Розробити ефективні процеси оцінки якості надання послуг.
7. Сформувати чітку та стислу інформацію про послуги і зробити її доступною.
8. Забезпечити різноманітність пунктів доступу до послуг і часу їх роботи.
9. Найняти персонал з відповідними навичками, ставленням, професійною підготовкою і кваліфікацією.
10. Створити чіткі протоколи обміну інформацією.
11. Залучати членів сім'ї пацієнта.
12. Реагувати на негативне ставлення до уразливих спільнот та знижувати їхню стигматизацію.
13. Регулярно проводити оцінку потреб і огляд процесу надання інтегрованої допомоги та її доступності.

Автори підкреслюють, що ці принципи, як правило, не є одноразовими інтервенціями, а, скоріше, циклічними або стають невід'ємною частиною розвитку послуг та їх вдосконалення.

Як приклад успішного досвіду щодо планування надання медичної допомоги шотландські фахівці розглядають Кенсінгтон і Челсі [23], внутрішній лондонський район, що пропонує широкий спектр послуг з лікування наркотичної залежності у тісній співпраці.

Система, яка там впроваджується, включає наступні принципи:

- ✓ Дві великих програми, які фінансуються державою: *Громадська служба*, яка працює на основі відносно короткочасних інтервенцій (від шести до восьми тижнів) із залученням мультидисциплінарної команди фахівців, що надають щоденні виїзні послуги, та *Центр лікування наркозалежності*, який пропонує середньо- і довгострокову підтримувальну терапію метадоном, детоксикацію, довгострокове лікування метадоном і бупренорфіном та призначення ін'єкційних засобів.
- ✓ Команда соціальної служби щодо зловживання наркотичними речовинами, яка надає підтримку за місцем проживання та закуповує пакетні послуги на основі індивідуальних потреб.
- ✓ Загальна схема догляду, в рамках якої клієнти знаходяться під контролем лікаря загальної практики, але отримують регулярну підтримку соціального працівника та наркологічної медсестри.
- ✓ Декілька установ недержавного сектору, в тому числі служби, які спеціалізуються на роботі зі споживачами «креку», молоддю та особами, що зловживають алкоголем.
- ✓ Послуги в галузі кримінального правосуддя, в тому числі сервіс швидкого призначення ЗПТ та реабілітаційна команда служби пробації.

Незважаючи на те, що не існує формальної структури співпраці, налагоджено ефективні зв'язки і робочі відносини між службами та установами, проводяться регулярні зустрічі, форуми, спільне навчання персоналу.

З точки зору вироблення спільних підходів до реалізації програм, район має цілий ряд методів, розроблених для підтримки міжвідомчої взаємодії і гарантій, що жодній моделі лікування не надається перевага. Хоча кожна служба розробляє власний план діяльності, партнерство має узгоджену загальну оцінку і рамкові інструменти, які використовуються усіма службами.

Для обміну інформацією Кенсінгтон і Челсі має районний протокол, узгоджений усіма провайдерами послуг з лікування та підтримки. При переведенні клієнта його/її документи надаються іншій службі, для урахування роботи, вже проведеної іншою структурою. Окрім того, клієнт прив'язується до соціального працівника, лікаря загальної практики або лікаря-фахівця та має свій власний план догляду із зазначенням різних послуг, які отримує від різних служб. Клієнти часто мають довідкові документи, які містять коротку інформацію про план лікування та догляд, аби всі провайдери були обізнані щодо проведених чи запланованих інтервенцій.

Тематичні дослідження з лікування залежності у **Фінляндії** [38], **Норвегії** [53] та США [76] підтверджують необхідність дотримання головної тенденції щодо організації лікування СН — інтеграції із загальною медичною допомогою. Хоча основні кроки в цьому напрямку вже були зроблені в різних країнах, обґрунтування здійснюваних процесів і результати моделей інтегрованого догляду є недостатньо дослідженими.

Досвід фінських та норвезьких дослідників має вирішальне значення для визначення майбутнього напрямку лікування наркозалежності та може відповісти на питання: ми повинні продовжувати йти шляхом інтеграції послуг чи дотримуватися добре розвинених, але сегрегованих спеціалізованих послуг з лікування залежності? Загальною рушійною силою в різних країнах є необхідність розробки економічно ефективних послуг.

У багатьох країнах, де триває економічна криза, необхідність скорочення державних витрат призвела до подальшого здешевлення послуг. Проте економія коштів не є винятковим рушієм змін.

Необхідність реформ в галузі послуг посилюється також все більш складними потребами лікування споживачів послуг і членів їхніх сімей; широко розповсюдженим визнанням необхідності розширення можливостей користувачів послуг шляхом зміни системи обслуговування; визнанням необхідності переходу від концепції вирішення проблем до підходу промоції добробуту і здоров'я, профілактики та ранніх інтервенцій [28], а також амбіції щодо покращення доступу до послуг [33].

Хоча досліджень щодо оцінки моделей інтегрованих послуг для наркозалежних осіб поки недостатньо, існуючі висновки вказують на позитивні результати. Однак контекст лікування наркозалежності варіюється від країни до країни, і можна цілком справедливо стверджувати, що міжнародний досвід впровадження інтегрованих систем догляду не є уніфікованою сервісною системою. Це свідчить про необхідність подальшої ретельної національної оцінки поточних інтеграційних процесів, а також проведення у міжнародних порівняльних досліджень.

Національна реформа служб охорони психічного здоров'я і зловживання ПАР у **Фінляндії** (MIELI) [38] відображає постійні зусилля щодо реформування охорони здоров'я і соціальних послуг на основі згаданих вище амбіцій. Комплексний план охоплює всі соціально-психологічні послуги — у сфері охорони здоров'я і соціальних послуг, в первинній або спеціалізованій вторинній чи третинній медичній допомозі. Згідно з планом, Фінляндія вже перейшла з епохи великої спеціалізованої системи лікування наркозалежності в епоху надання доступних інтегрованих послуг.

У Фінляндії інтеграція служб наркології і психічного здоров'я зустріла опір з боку деяких впливових представників соціальної сфери та медичних асоціацій. Його причина — бажання захищати професійні кордони, і, як правило, нехтування не тільки існуючими, хоча й мізерними, доказами переваг інтегрованих систем, а й необхідністю зосередити увагу на досвіді пацієнтів [11].

Необхідність комплексного підходу щодо надання послуг і забезпечення комплексних потреб людей, які страждають на психічні розлади, в тому числі викликані вживанням ПАР, ініціювала здійснення інтеграції спеціалізованих наркологічних служб і служб психічного здоров'я в декількох країнах.

Фінляндія і Норвегія по-різному підійшли до вирішення цієї проблеми. В обох країнах надання послуг носить децентралізований характер, але Норвегія застосовує модель сильного централь-

ного урядового управління, в той час як у Фінляндії урядовий вплив є слабким і в основному базується на рекомендаціях, які надаються місцевим органам влади. Таким чином, у Фінляндії інтеграція лікування наркозалежності заснована на добровільному поєднанні послуг та заходів національного плану і залишається прерогативою місцевих органів влади, що призводить до вельми гетерогенної системи обслуговування. Сила такої системи — в місцевій адаптивності послуг і розширенні прав та можливостей регіональних лідерів, водночас вона слабка щодо рівності, оскільки доступ до лікування залежностей буде залежати від місцевих моделей організації медичної допомоги.

На відміну від Фінляндії, в Норвегії процес інтеграції лікування зі службами охорони здоров'я є обов'язковим і регулюється законом [53].

Норвезький підхід привів до збільшення фінансування і притоку робочої сили у сферу лікування наркозалежності, але жорсткість системи призвела до витрат ресурсів на здійснення оцінки прийнятності та не вплинула на безперервність медичної допомоги через фрагментарність системи охорони здоров'я. Експерти відзначають, що, не отримавши підтримки в національному законодавстві, на добровільних засадах з'явилися гнучкі локальні рішення — як реакція на сильне урядове управління.

Дані, надані Фінляндією, засвідчують аналогічні з США проблеми, а саме факт того, що близько половини візитів, пов'язаних із вживанням ПАР, здійснюються до закладів поза межами спеціалізованих наркологічних служб [54]. Такий обмежений підхід неминуче буде не в змозі дати повну картину, оскільки надання послуг для споживачів все частіше переноситься до неспеціалізованих закладів медичної допомоги первинного рівня або загальних служб, таких як служби гігієни охорони здоров'я. Одним із пріоритетів є збір таких даних, щоб належним чином оцінити інтеграційні процеси.

Необхідність посилення ролі соціальної роботи є викликом — як у контексті загальних психіатричних послуг, так і лікування наркозалежності. Збереження ролі соціальної роботи в комплексному лікуванні наркозалежності також є викликом [38]. Крім того, можна стверджувати, що роль соціальної роботи та психосоціальних втручань має бути не тільки збережена, а й посилена, щоб розробити дійсно орієнтовані на користувача послуги, спрямовані на відновлення соціального функціонування користувачів.

Аргументи щодо зміцнення соціальної роботи в контексті надання інтегрованих послуг підкріплюються нинішньою міжнародною економічною кризою, вони є доказом того, що збереження витрат на соціальне забезпечення може бути важливішим, ніж забезпечення витрат на охорону здоров'я [68]. Скандинавські тематичні дослідження дають цінну інформацію про систему лікування в перехідний період, але вони також свідчать про те, що інтеграція лікування наркозалежності заснована на слабкій доказовій базі. Для того, щоб мати можливість повною мірою оцінити вплив інтеграції лікування залежностей з медичною допомогою, потрібно більше лонгітюдних даних для вивчення впливу реформ з використанням експериментальних, псевдо експериментальних та якісних дослідницьких підходів.

1.11. Досвід України щодо регулювання, організації та надання інтегрованих послуг для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — споживачів ін'єкційних наркотиків. Перспективи розвитку

Вивченню моделей інтегрованої допомоги пацієнтам, що отримують ЗПТ, в Україні присвячено ряд досліджень таких науковців, як К. Думчев, О. Форостяна, М. Кертис, С. Дворяк, Л. Власенко, С. Дворяк, А. Карачевський та ін. [78, 79, 80, 81, 82, 83].

Група українських дослідників [82] описала досвід впровадження інтегрованої допомоги для СН на базі різних ЗОЗ, а саме: СНІД-центрів, багатопрофільних закладів, наркологічних закладів.

Надання інтегрованої допомоги на базі кожного із закладів мало свої переваги та недоліки — це стосується як підходів до її організації, так і переліку послуг.

За результатами дослідження, основними бар'єрами для організації інтегрованої допомоги у спеціалізованих закладах стали: відсутність мотивації у співробітників і керівників ЗОЗ, недолік знань нормативно-правової бази та можливих варіантів надання допомоги, відсутність єдиного підходу до координації послуг, що знижує ефективність допомоги.

Найґрунтовнішим дослідженням досвіду застосування інтегрованого підходу в лікуванні опіоїдної залежності в Україні є дисертаційна робота С. Дворяка «Інтегрована медико-соціальна допомога хворим із залежністю від опіоїдів» [80].

У рамках проведеного дослідження було оцінено обсяг та комплексність послуг, які надаються особам з психічними та поведінковими розладами, що виникли внаслідок вживання опіоїдів, в медичних закладах чотирьох типів: спеціалізованих наркологічних диспансерах/психіатричних установах; багатопрофільних медичних закладах типу районних або міських лікарень; протитуберкульозних диспансерах; обласних і міських центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

На базі цих закладів пацієнти із синдромом залежності від ін'єкційного вживання опіоїдів мали доступ до різних пакетів послуг:

- тестування на ВІЛ;
- рентген-діагностика туберкульозу;
- аналіз мокротиння на туберкульоз;
- діагностика вірусного гепатиту С;
- аналіз крові на вміст лімфоцитів CD4 для визначення імунного статусу;
- надання АРТ хворим на ВІЛ-інфекцію;
- профілактика туберкульозу ізоніазидом для ВІЛ-інфікованих;
- діагностика психічних розладів;
- призначення антидепресантів пацієнтам з депресією.

За даними дослідження, найвищого показника інтеграції послуг досягли обласні та міські центри профілактики та боротьби зі СНІДом, на другому місці — протитуберкульозні ЗОЗ, на останньому — наркологічні диспансери.

Комплекс послуг, які надаються пацієнтам наркологічних диспансерів та багатопрофільних лікарень, на думку дослідника, потребує подальшого розширення за рахунок впровадження роботи міждисциплінарних команд (МДК).

В якості факторів, що негативно впливають на інтеграцію послуг, визначено:

- ✓ недостатність фінансування та обмеженість матеріально-технічної бази;
- ✓ існуючі підходи щодо оплати праці лікарів, що не мотивують до покращення якості та ефективності медичної допомоги;
- ✓ недостатність кадрового потенціалу (відсутність фахівців терапевтичного профілю);
- ✓ орієнтованість на монотерапію (відсутність пацієнт-орієнтованого підходу в умовах коморбідної патології);
- ✓ обмеження, зумовлені чинною нормативною базою та медико-технологічною документацією (чинний Наказ МОЗ № 585 від 10 липня 2013 року затвердив призначення АРТ лише лікарями-інфекціоністами, які пройшли курси тематичного удосконалення щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти; зараз до Наказу готуються зміни, що мають обійти перешкоди до призначення АРТ лікарями інших спеціальностей).

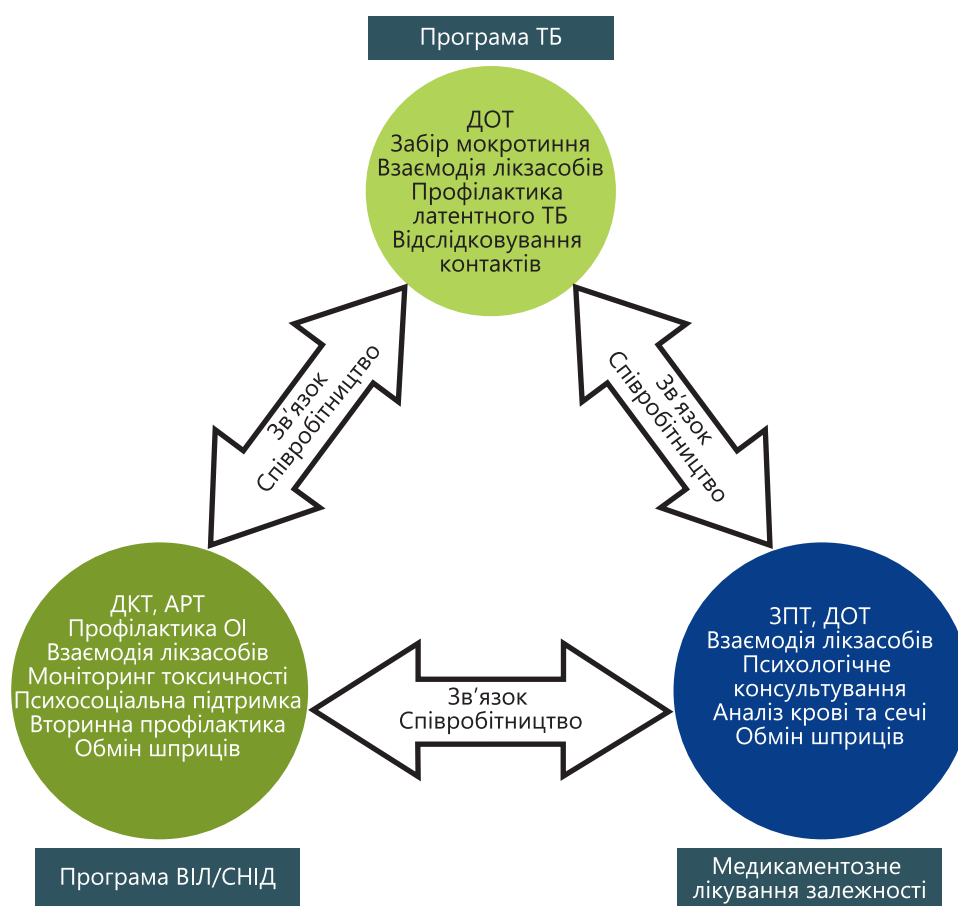


Рис. 1. Організація інтегрованої допомоги з переадресацією послуг (за матеріалами дисертації С.В. Дворяка [79]).

Дослідник аналізує ефективність 2-х моделей інтегрованого підходу — з переадресацією клієнтів та «зосереджених під одним дахом». Модель переадресації пацієнтів програм ЗПТ втілюється більшістю наркологічних медичних закладів.

Паралельно автор доводить, що участь у програмах замісної підтримувальної терапії впливає на підвищення прихильності до лікування ВІЛ-інфекції препаратами АРТ та туберкульозу (відсоток

пацієнтів, що завершили лікування від ТБ в програмах ЗПТ, на 25% вищий, ніж у групі залежних пацієнтів, які проходили тільки протитуберкульозне лікування).

Надання інтегрованих медико-соціальних послуг для хворих на ВІЛ/туберкульоз/гепатити згадується в багатьох документах МОЗ України, (наказах, протоколах надання медичної допомоги). У більшості документів, де є такі згадки, мова йде про налагодження міждисциплінарної взаємодії (зустрічаються такі терміни, як «міждисциплінарна інтеграція», «співпраця», «організація роботи міждисциплінарних команд»). Водночас немає опису практичного алгоритму взаємодії членів команди, порядку організації її роботи, навчання тощо.

Нормативні акти, положення про ЗОЗ та медико-технологічна документація щодо надання медичної допомоги для осіб з ВІЛ містять окремі фрагменти, в яких підкреслюється необхідність застосування інтегрованих підходів — міждисциплінарної (кілька спеціалістів, кілька закладів), міжсекторальної (ЗОЗ, НГО) взаємодії — для надання ефективної допомоги різним групам пацієнтів.

Так, наприклад, відповідно до Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, визначено необхідність укладання угод про співпрацю між територіальним центром профілактики та боротьби зі СНІДом, іншими державними чи комунальними закладами охорони здоров'я та іншими установами, організаціями і закладами, що працюють у даній сфері і мають відповідних фахівців для надання послуг консультування [88]. Система взаємодії вищезазначених суб'єктів повинна забезпечити, в залежності від потреб пацієнта, можливість консультування щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, репродуктивного здоров'я, ІПСШ, обстеження на туберкульоз, інші опортуністичні інфекції, ІПСШ, отримання медичної, психологічної, соціальної, юридичної, інших видів допомоги та проходження тесту на ВІЛ.

Порядок обміну інформацією щодо наявних ресурсів та проведення консультування різних груп населення у зв'язку з проходженням тесту на ВІЛ може бути визначений рішенням координаційної ради з питань профілактики і боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом при обласній, міській, районній державних адміністраціях.

У Наказі МОЗ України від 16 травня 2016 року №449 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» затверджено Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» також визначено основні аспекти та принципи надання інтегрованих послуг, а саме:

- ✓ консультування вагітних можуть проводити як лікарі або акушерки/медичні сестри амбулаторних родопомічних закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності, так і підготовлені спеціалісти центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, їх спеціалізованих формувань та громадських організацій;
- ✓ у разі необхідності та за попередньою згодою ВІЛ-інфікованих вагітних, в тому числі жінок, які опинилися в складних життєвих обставинах, скеровують до ЦСССДМ для забезпечення соціальним супроводом;
- ✓ з метою підвищення ефективності профілактики перинатального ВІЛ-інфікування дільничний лікар-акушер-гінеколог та спеціаліст Центру профілактики та боротьби зі СНІД з'ясовують рівень прихильності (рівень відповідальності пацієнта до виконання призначень лікаря) до АРВ-профілактики або АРВ-терапії;
- ✓ у разі відсутності або недостатньої прихильності до антиретровірусної профілактики за критеріями чинного клінічного протоколу лікар, за поінформованою згодою пацієнтки, надає інформацію спеціалісту відповідного ЦСССДМ для здійснення психологічної та соціальної підтримки із залученням родини до здійснення профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ.

Згідно з текстом документу, ВІЛ-позитивним вагітним має надаватися інформація щодо адрес центрів соціальної допомоги, ЦСССДМ, соціальних центрів матері та дитини, центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, громадських організацій, які опікуються проблемами, пов'язаними з ВІЛ-інфекцією.

Важливу роль в організації медичної допомоги та інтегрованих послуг ВІЛ інфікованим має виконувати кабінет «Довіра», що є спеціалізованим структурним підрозділом Центру профілактики та боротьби зі СНІДом та/або закладу охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги.

Згідно з положенням, основними функціями кабінету «Довіра», унормованими чинними наказами МОЗ України, є:

- ✓ забезпечення взаємодії з іншими підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності у наданні паліативної та хоспісної допомоги, догляді та підтримці людей, які живуть з ВІЛ;
- ✓ взаємодія з іншими закладами охорони здоров'я усіх рівнів щодо надання медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, та забезпечення комплексності послуг особам із груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та їх соціально-психологічного супроводу;
- ✓ співпраця з центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, службами у справах дітей, територіальними центрами соціального обслуговування (надання соціальних послуг), центрами здоров'я, центрами планування сім'ї та репродукції людини, осередками Товариства Червоного Хреста України та іншими благодійними та громадськими організаціями для забезпечення комплексності надання соціально-медичних та психологічних послуг особам із груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

Елементи інтегрованої допомоги та співпраці з іншими надавачами послуг закладені в кваліфікаційні характеристики лікарів-спеціалістів, що найчастіше опікуються проблемами пацієнтів з ВІЛ та на замісній терапії.

Більш деталізованим щодо інтегрованої допомоги є опис надання вторинної та третинної медичної допомоги хворим на ко-інфекції ТБ/ВІЛ.

У протоколі надання медичної допомоги при ко-інфекції ТБ/ВІЛ визначено особливості стосовно ведення споживачів ін'єкційних наркотиків із ТБ/ВІЛ.

Згідно з протоколом ведення СНІД із ТБ/ВІЛ потребує особливого підходу, зокрема підкреслюється необхідність тісної взаємодії з програмами зменшення шкоди та програмами ЗПТ для надання СНІД ефективних послуг, включаючи інформаційно-освітні програми, скринінг, хіміопротекцію ТБ, застосування препаратів під контролем медичного працівника, а також виявлення СНІД, які ухиляються від лікування, з метою їхнього залучення до лікування, у тому числі примусового.

Щодо всіх груп пацієнтів (до яких також відносяться СНІД із ТБ/ВІЛ), протокол прямо вказує на необхідність надання комплексу медичних послуг, специфічних для діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу та розладів психіки, зумовлених вживанням наркотиків.

Частина послуг може надаватися в одному закладі, частина передбачає переадресацію пацієнта на консультацію до спеціаліста іншого закладу.

На сьогоднішній день одним з найперспективніших напрямів розвитку надання інтегрованої допомоги для осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів та пацієнтів програми ЗПТ є залучення до надання послуг зазначеній групі пацієнтів сімейних лікарів.

Для України включення сімейних лікарів до процесу надання медичної допомоги людям, що живуть з ВІЛ, пацієнтам, які вживають психотропні речовини та є учасниками програм ЗПТ, та іншим групам пацієнтів з груп ризику, пацієнтам з туберкульозом на амбулаторному етапі лікування є порівняно новим явищем.

Однак, з точки зору тенденцій розвитку системи охорони здоров'я України, посилення ролі та розширення функцій і відповідальності сімейних лікарів в процесі надання медичної допомоги зазначеним групам пацієнтів є надзвичайно актуальним та відповідає викликам часу.

Світові моделі організації інтегрованої допомоги людям, які вживають наркотики та отримують ЗПТ, вказують на те, що організація інтегрованої допомоги на базі закладів первинної медичної допомоги або ж у безпосередньому контакті (територіальній близькості та функціональному налагодженому контакті) закладу ПМД з (наркологічним) сервісом, де пацієнти отримують ЗПТ, впливає на покращення доступу пацієнтів до АРТ, вакцинації, скринінгу та лікування туберкульозу, профілактику опортуністичних інфекцій та захворювань, що передаються статевим шляхом [65].

Зараз, в умовах реформи, держава втілює модель управління охороною здоров'я та соціальними послугами на рівні територіальних громад, при якій саме громадяни будуть вирішувати, які саме послуги та яку медичну допомогу «купувати» для забезпечення членів територіальної громади, у яких надавачів та за яку вартість.

Все це створює передумови для збільшення кількості закладів охорони здоров'я, які надаватимуть повний спектр послуг, що будуть інтегровані «під одним дахом».

Нижче представлено різні моделі організації інтегрованої медичної допомоги на базі закладів ПМД.

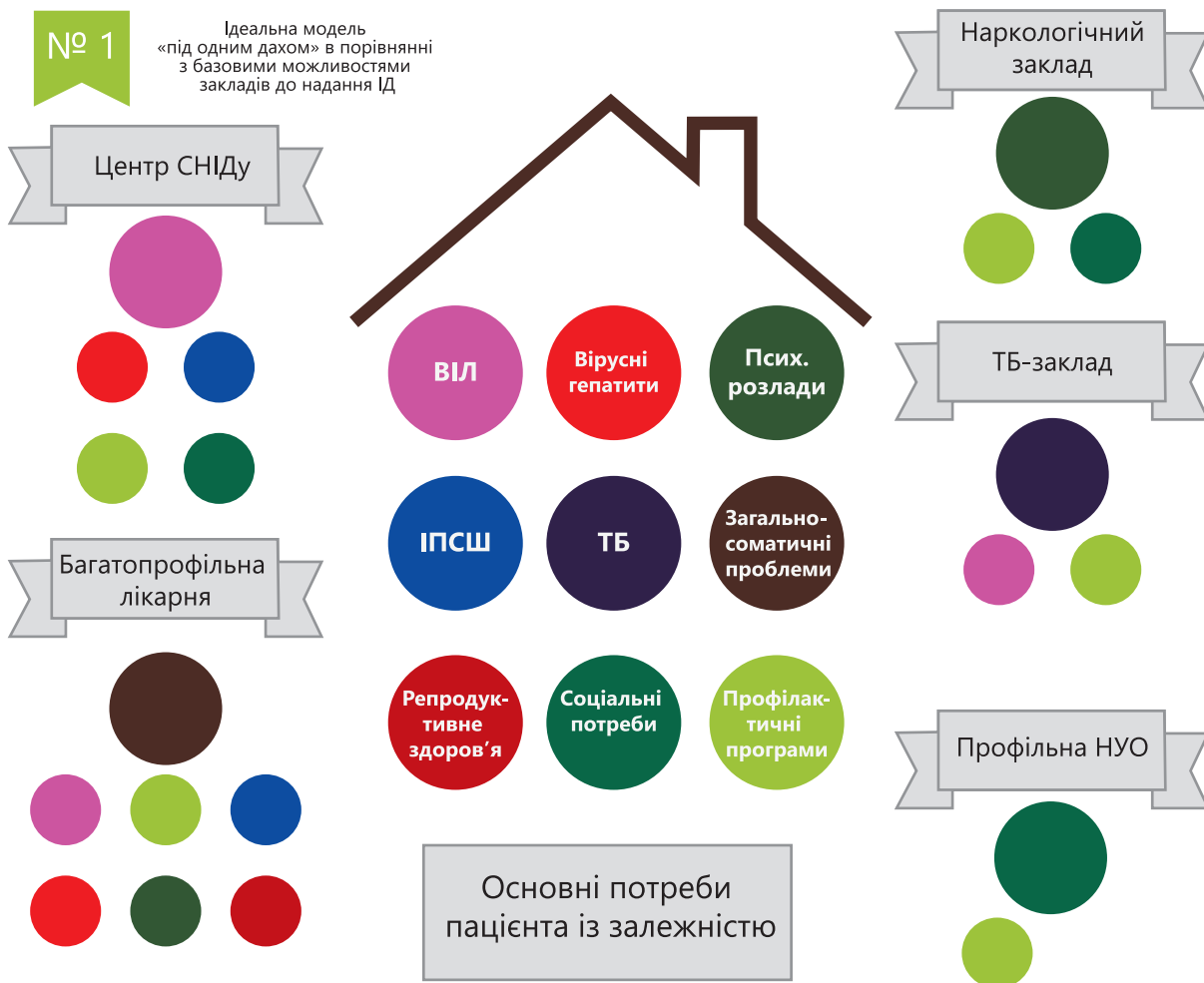


Рис. 2. Модель №1 «Ідеальна модель «під одним дахом».

Представлена інфографіка зображує ідеальну модель інтеграції послуг «Під одним дахом», яка включає 9 ключових послуг з доведеною ефективністю, що відповідають основним потребам пацієнта з синдромом залежності.

Зазначені послуги у різних ЗОЗ значно відрізняються залежно від обсягу та форми їх надання.

Так, у Центрах профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом найповніше представлені послуги з ВІЛ/СНІДу, такі як консультування і тестування на ВІЛ, медичний супровід ВІЛ-інфекції, антиретровірусна терапія, частково послуги з профілактики, тестування та лікування вірусних гепатитів, ІПСШ, соціальні послуги.

Варто зауважити, якщо Центр СНІДу є структурним підрозділом багатопрофільної лікарні та розташований централізовано в її межах, пацієнти отримують можливість одержувати найбільший пакет послуг, а також, що важливо, мають доступ до медичної допомоги при розладах загальносоматичного характеру (наприклад, хвороби серця, проблеми шлункового тракту, дихальної системи, ендокринної системи та ін.).

Найменший спектр послуг, частіше немедичного характеру, які мають досить вагомий вплив на прихильність до отримання інших послуг медичного характеру, надають НУО. Характер таких послуг найчастіше соціальний та профілактичний. Варто зазначити, що НУО найчастіше мають набагато більший потенціал для реалізації профілактичних програм через фінансові, технічні та кадрові ресурси, що не були дотепер повною мірою досяжними для ЗОЗ.

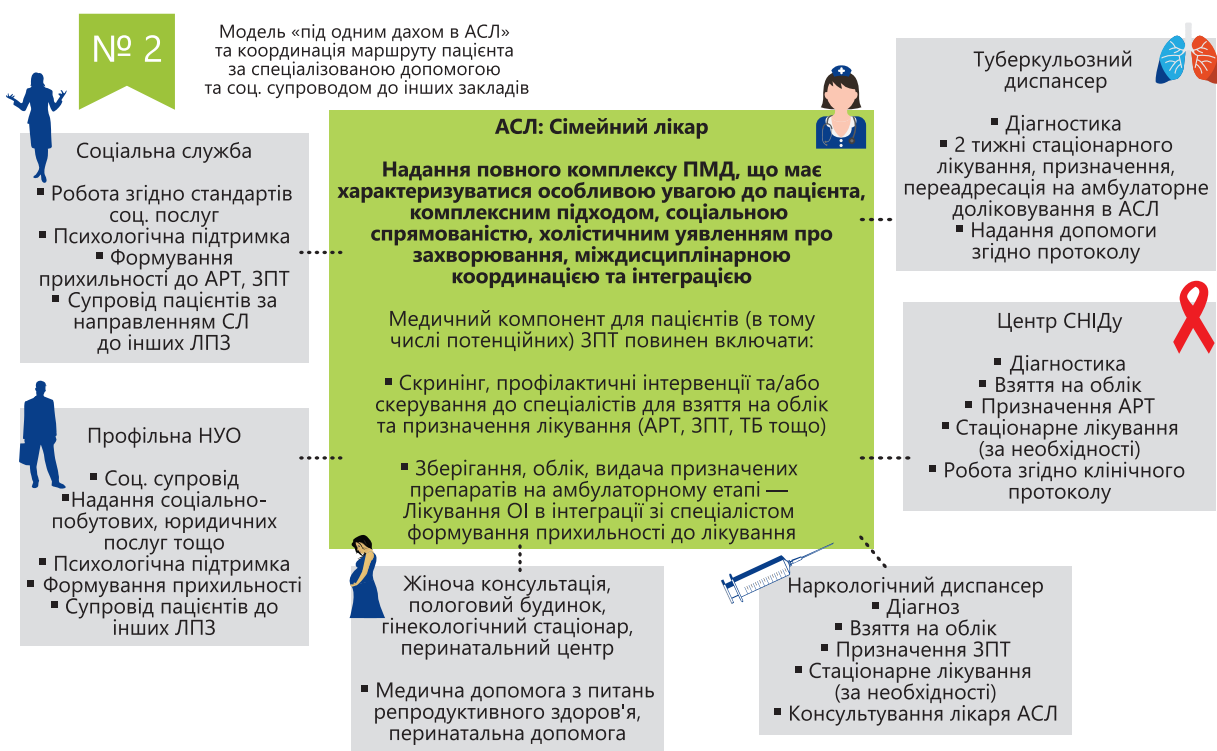


Рис. 3. Модель № 2 «Надання послуг сімейним лікарем».

Однією з найактуальніших на сьогодні моделей надання інтегрованих послуг є модель, що реалізується на базі закладу ПМД, а саме структурного підрозділу Центру первинної медико-санітарної допомоги — амбулаторії сімейного лікаря (АСЛ).

Виходячи зі своєї характеристики, сімейний лікар, за умов відповідної мотивації, технічного забезпечення та ресурсів часу, може забезпечити одну з найважливіших умов, без якої інтеграція послуг неможлива — міждисциплінарну координацію та інтеграцію, розробку та контроль клінічного маршруту пацієнта. Кожен випадок звернення за медичною допомогою має розпочатися у сімейного лікаря, як у точці входження в систему медичної допомоги та/або громадського

здоров'я, і має там завершуватися. Тобто пацієнт, який отримує від сімейного лікаря перенаправлення за медичною допомогою та соціальними послугами до інших ЗОЗ, НУО, соціальних служб, має повернутися до нього з чіткими рекомендаціями спеціалістів, щоб саме сімейний лікар, оцінив комплексно призначення, їх взаємодію та сумісність з урахуванням холістичного підходу.

Медичний компонент, який може надати пацієнту сімейний лікар, містить:

- ✓ консультування та тестування на ВІЛ, скринінги на вірусні гепатити, ІПСШ (або забір крові та відправка на дослідження), туберкульоз, психічну коморбідність (депресія, тривожні розлади тощо);
- ✓ взяття на облік та призначення АРТ;
- ✓ профілактичне лікування туберкульозу;
- ✓ зберігання, облік та видачу препаратів АРТ (як з лікувальною, так і з профілактичною метою, наприклад, для доконтактної профілактики), ЗПТ, протитуберкульозних препаратів на етапі амбулаторного лікування;
- ✓ консультування щодо контрацепції та планування сім'ї, лікування опортуністичних інфекцій.

У такій ситуації сімейний лікар є ключовою особою в міждисциплінарній команді. Він може, залежно від потреб, чітко визначати межі своєї компетентності і вчасно скеровувати пацієнтів до інших спеціалістів, які надають медичні та немедичні послуги (Центри профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозні диспансери, жіночі консультації, наркологічний диспансер, профільні НУО, соціальні служби тощо).

У зазначеному випадку більшість необхідних послуг пацієнт отримує у сімейного лікаря (АРТ, ЗПТ, прийом протитуберкульозних препаратів, можливо, пункт обміну голоч та шприців, психологічна підтримка) і тільки на початку процесу медичного спостереження (постановка діагнозу, призначення специфічного лікування) та у питаннях, що пов'язані із необхідністю залучення профільних спеціалістів, переадресовується до інших фахівців. У свою чергу, здійснюючи переадресацію, сімейний лікар має не просто перенаправити пацієнта, а переконатись, що той дійшов до лікаря та, отримавши послуги, повернувся до нього для подальшого лікування.

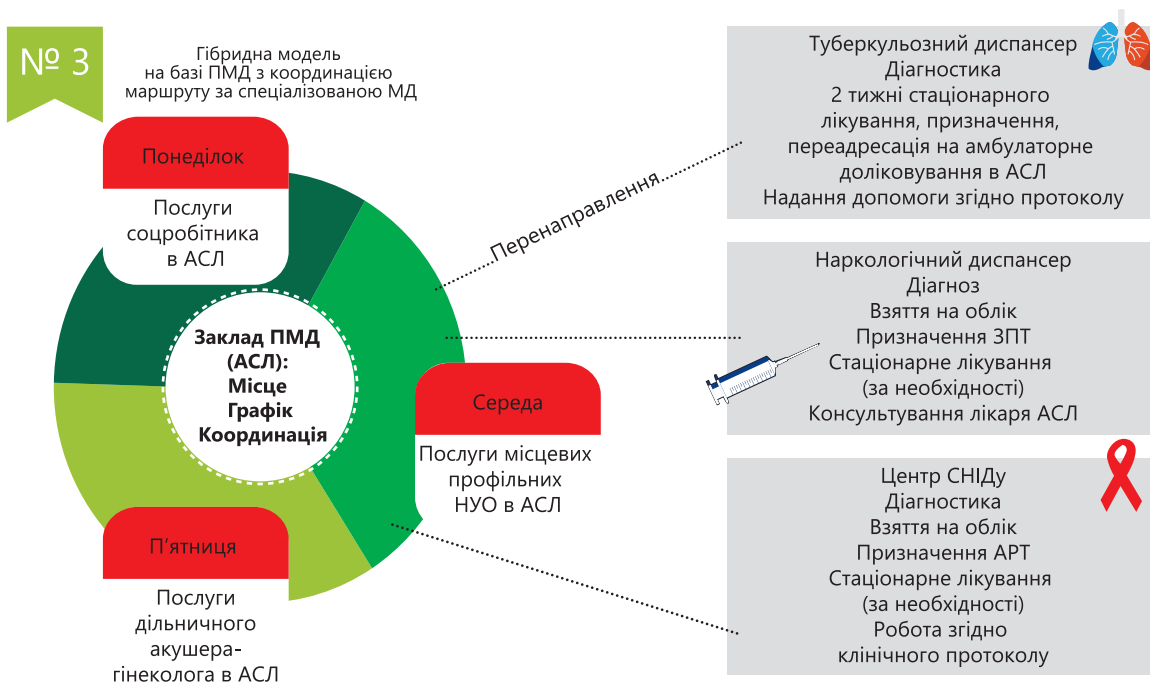


Рис. 4. Модель №3 «Гібридна модель на базі ПМД».

Збільшення комплексу надання інтегрованих послуг «під одним дахом» на базі АСЛ можна досягти через збільшення кількості залучених медичних та немедичних спеціалістів, що працюватимуть за встановленим графіком та частковою зайнятістю. Наприклад, за наявності відповідного обладнання та приміщення лікар жіночої консультації з дільниці, яка має обслуговувати спільну з сімейним лікарем когорту пацієнток, може раз на тиждень за графіком вести прийом в АСЛ. Це наближує медичну допомогу до жінок, покращує їхній доступ до послуг з репродуктивного здоров'я, діагностики та лікування ІПСШ, профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ тощо.

Такий підхід є пацієнт-орієнтованим та ефективним з точки зору формування прихильності до регулярного моніторингу стану здоров'я та лікування. У разі неможливості отримання окремих послуг на місці пацієнти перенаправляються до профільних спеціалістів в інші ЗОЗ.

Сімейний лікар в Україні діє згідно з функціональними обов'язками лікарів ЦПМСД, закріплені Наказом МОЗ від 21.12.2012 № 1091.

Згідно з міжнародними підходами до визначення переліку компетенцій сімейного лікаря та враховуючи національний контекст (нормативи, кваліфікаційну характеристику, медико-технологічну документацію), сімейний лікар має практично реалізовувати у рутинній практиці наступні процедури для пацієнтів, які отримують замісну терапію та паралельно можуть мати ВІЛ-інфекцію, туберкульоз, опортуністичні інфекції, гепатити В та С:

- ✓ Видача препаратів АРТ та ЗПТ. АРТ проводиться згідно з призначеннями лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІДу.
- ✓ Забезпечення супроводу пацієнтів, які приймають АРТ за призначенням лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІДу.
- ✓ Проведення контрольованого лікування (протитуберкульозної хіміотерапії).
- ✓ Проведення лікування та профілактики опортуністичних інфекцій після призначення лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІДу.
- ✓ Проведення профілактики та скринінгового анкетування на ТБ.
- ✓ Організація госпіталізації хворих на ТБ/ВІЛ (за необхідності).
- ✓ Надання паліативної (хоспісної) допомоги на дому.
- ✓ Проведення реабілітаційних заходів.
- ✓ Забезпечення супроводу пацієнтів до програм замісної підтримувальної терапії, зменшення шкоди та інших профілактичних програм.
- ✓ Інформування населення щодо профілактики, виявлення і лікування ТБ та ВІЛ-інфекції.
- ✓ Забезпечення належного обліку та зберігання протитуберкульозних препаратів, препаратів АРТ, ЗПТ, за наявності технічних та ліцензійних умов.

Окрім ведення пацієнтів ЗПТ, сімейні лікарі також можуть здійснювати і низку профілактичних та діагностичних функцій щодо залежності.

Для ефективної організації надання інтегрованих послуг пацієнту важливо на початку лікування здійснювати комплексну оцінку його стану, що включає як виявлення супутніх патологій, їх вплив на життєдіяльність пацієнта, так і аналіз соціально-психологічного статусу хворого.

Завершенням такої оцінки має стати розробка лікувального плану, покликаною об'єднати конкретні шляхи щодо вирішення як медичних, так і психосоціальних проблем кожного окремого пацієнта.

2.1 Комплексна оцінка пацієнта

Основою для включення у програму ЗПТ та призначення ефективного лікування є проведення комплексної оцінки стану пацієнта. Вона є базою для складання індивідуального лікувального плану, надання інтегрованих медичних та психосоціальних послуг [48].

Комплексній оцінці стану пацієнта, яка передбачає ретельний збір інформації як медичного, так і психосоціального характеру, передує перший контакт із пацієнтом чи його родичами, що може відбутися як безпосередньо у лікувальному закладі, так і за телефоном. Фахівцям сайту ЗПТ необхідно надати інформацію про зміст програми, умови та приблизний час вступу в неї, послуги, які зможе отримувати пацієнт.

Окрім цього, на початковому етапі оцінювання стану пацієнта першочерговими завданнями мають бути:

- ✓ Кризове втручання — негайна допомога пацієнтові, який може перебувати у кризовому психічному стані, мати суїцидальну поведінку, перебувати у стані гострої інтоксикації тощо.
- ✓ Роз'яснення лікувального процесу в контексті обов'язків, що мають бути дотримані пацієнтом.
- ✓ Надання інформації про зміст програми ЗПТ: в чому полягає дія препаратів, які переваги та обмеження лікування — дана інформація має допомогти пацієнту зробити усвідомлений вибір щодо участі в лікуванні.

Окрім вищезазначеного, слід визначити низку факторів, які можуть вплинути на ефективність лікування.

До таких медичних та психосоціальних факторів належать: стан психічного здоров'я; вживання інших нелегальних наркотичних, психоактивних речовин; проблеми, пов'язані з порушенням закону; фінансові проблеми, відсутність змоги користуватися транспортом для відвідування лікувального закладу; сімейні проблеми/конфлікти, складнощі з відвідуванням програм через необхідність догляду за дітьми; культурні, етнічні та духовні фактори.

На початковому етапі — етапі індукції — першочерговою є оцінка кризового психічного стану пацієнта. Для попередження переривання лікування на самому початку та уникнення ризиків

для інших пацієнтів і фахівців програми рекомендовано забезпечити лікування психічних розладів у пацієнта ще до того, він розпочне участь у ЗПТ або одночасно з її призначенням.

Комплексна оцінка соматичного стану пацієнта має бути спрямована на отримання інформації щодо історії його хвороби, попередніх спроб лікування, причин, які, на думку пацієнта, призвели до рецидивів та повернення до вживання ПАР. Під час такої оцінки має проводитись діагностика та документування загального стану здоров'я пацієнта, наявності у нього алергій, гострих та хронічних захворювань, у тому числі інфекційних, включаючи ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатити, захворювання, що передаються статевим шляхом, тощо.

У роботі з жінками документуються питання репродуктивного здоров'я — вагітності, пологи. Перед початком лікування важливо переконатись, чи не вагітна жінка (від цього залежить лікувальна тактика, наприклад, мотивування жінки на ЗПТ замість проведення детоксикації).

За потреби можливе проведення тестування на визначення ПАР в сечі хворого. Втім, таке тестування не є обов'язковим, оскільки існують та можуть бути використані інші методи встановлення факту вживання ПАР.

Психосоціальна оцінка на етапі включення пацієнта в програму ЗПТ займає вагомe місце в комплексній оцінці його стану. Її можуть проводити підготовлені фахівці сайту — соціальні працівники, кейс-менеджери, психологи, консультанти щодо залежностей. Професійна підготовка цих фахівців має включати знання методів консультування пацієнта та членів його сім'ї (у тому числі ведення випадку, супроводу щодо попередження зривів лікування), використання принципів психодіагностики, виявлення проблем та перенаправлення до вузькопрофільних фахівців, наприклад, для лікування психічних розладів.

Результатом психосоціальної оцінки є визначення наступних чинників, що можуть вплинути на ефективність лікування:

- ✓ Рівень мотивації пацієнта щодо участі в ЗПТ (із аналізом можливого негативного попереднього досвіду участі в ЗПТ; визначення конкретних життєвих цілей, які будуть досягатися завдяки участі в ЗПТ).
- ✓ Сильні та слабкі риси пацієнта, його здібності, нахили та особистісні переконання. Наприклад, наявна асертивна поведінка, вміння керувати часом та грошима, чи, навпаки, наявність деструктивних акцентованих рис — підвищеного рівня тривожності або депресії.
- ✓ Наявність підтримки сім'ї, житла і роботи, або, навпаки, відсутність всілякої підтримки з боку близьких та матеріальні проблеми.
- ✓ Наявність підтримки за принципом «рівний–рівному», участь у анонімних групах самодопомоги, або, навпаки, відсутність такої підтримки та перебування у ситуації насилля з боку оточуючих (у т. ч. членів сім'ї), постійне відчуття стресу.
- ✓ Налагоджені позитивний душевний стан та проведення дозвілля, відсутність проблем із законом, або, навпаки, проведення часу пов'язане з ризикованою поведінкою.

Результати психосоціальної оцінки враховуються при розробці індивідуального лікувального плану, який містить перелік відповідних медичних і психосоціальних послуг.

План має переглядатися та поновлюватися протягом першого року кожні 90 днів, потім двічі на рік або кожного разу, коли пацієнт досяг запланованих результатів чи виникли нові обставити життя, що потребують вирішення.

2.2 Складання індивідуального лікувального плану

Після проведення комплексної оцінки стану пацієнта, визначення індивідуальних його потреб та проблем складається лікувальний план. Зазвичай він передбачає розв'язання низки проблем та забезпечення різнопрофільних потреб, які потребують інтегрованої участі всієї команди сайту ЗПТ — адміністратора, лікарів різних спеціальностей, медичних сестер, соціальних працівників, кейс-менеджерів, психологів, консультантів щодо залежностей за принципом «рівний–рівному», а також участь самого пацієнта.

Лікувальний план має включати плани щодо досягнення як короткотривалих, так і довготривалих цілей. Наприклад, професійна реабілітація та навчання роботі на комп'ютері є короткотривалою ціллю, а пошук постійної роботи із повною або частковою зайнятістю — довготривалою.

Цілі лікувального плану мають бути простими, конкретними, відповідати індивідуальним потребам пацієнта та бути вимірюваними у часі. У плані слід зазначити всі ресурси, необхідні для досягнення цілей, наприклад, заклад, куди пацієнт був перенаправлений для отримання медичної послуги, чи соціальний заклад — для отримання консультації щодо розв'язання житлової проблеми.

Пацієнт має бути активним учасником складання власного лікувального плану. Роль фахівця полягає в тому, щоб показати пацієнту, що поставлені цілі реалістичні, а досягнення короткострокових цілей забезпечить досягнення довгострокових. Безпосередня участь пацієнта у складанні плану власного лікування є основою для підвищення його мотивації до змін, готовності покрово досягати цілей [57, 58, 59].

Таким чином, рекомендується записувати та формулювати лікувальний план зі слів самого пацієнта, що сприятиме його більшій вмотивованості і готовності до дій, формуванню більшої впевненості у досягненні цілей та власної відповідальності за кінцевий результат.

Копія лікувального плану передається пацієнту.

2

ЗРАЗОК ЛІКУВАЛЬНОГО ПЛАНУ [48]

Пацієнтка, 30 років, мати двох дітей, розлучена. В 15 років перервала навчання в школі через вагітність. Почала вживати ін'єкційні опіатні наркотики в 17 років. Одночасно вживала алкоголь та кокаїн. Після розлучення проживала з матір'ю, з якою з дитинства були напружені та конфліктні стосунки. Заради заробітку займалася комерційним сексом, крадіжками, продавала наркотики. Була засуджена, через що була позбавлена батьківських прав. Після відбування покарання мати вигнала її з дому, проживала у випадкових знайомих.

На програму ЗПТ звернулася мотивованою, із бажанням перестати вживати нелегальні наркотики, повернутись до повноцінного соціального життя, відновити опіку над дітьми. Після початку лікування метадоном відбулася стабілізація стану, але, у зв'язку із виявленням ВІЛ-інфекції, погіршився психічний стан, виникла депресія, суїцидальні наміри, сталися рецидиви вживання інших нелегальних наркотиків, алкоголю.

Короткострокові цілі:

1. Вирішення проблеми суїцидальних намірів шляхом забезпечення лікування психічного розладу.

Мета: виключити вірогідність самогубства, послабити симптоми депресії, визначити необхідність медикаментозного психіатричного лікування.

Дії: підписати згоду пацієнтки на психіатричне обстеження, залучити лікаря-психіатра до обстеження та призначення лікування.

Терміни: відразу, моніторинг і підтримка психічного стану протягом місяця.

Відповідальні особи: пацієнтка, соціальний працівник/кейс-менеджер, лікар-психіатр.

Вимірюваний результат: пацієнтка стабільна, не демонструє суїцидальних намірів, продовжується участь в ЗПТ.

Забезпечується досягнення довгострокової цілі: стабільний стан психічного здоров'я протягом лікування.

2. Розв'язання житлової проблеми.

Мета: отримати можливість проживання у притулку.

Дії: подати заяву до відповідних соціальних служб на отримання дозволу проживати у притулку.

Терміни: відразу.

Відповідальні особи: пацієнтка, соціальний працівник/кейс-менеджер.

Вимірюваний результат: копія дозволу на проживання, самозвіт пацієнтки.

Забезпечується досягнення довгострокової цілі: вирішення житлової проблеми із постійним проживанням.

3. Консультування з питань, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією.

Мета: забезпечити підтримку пацієнтки, надати інформацію з питань ВІЛ-інфекції.

Дії: проконсультувати пацієнтку щодо всіх аспектів пов'язаних із ВІЛ, шляхів передачі, безпечної сексуальної поведінки, переваг та необхідності лікування.

Терміни: негайно.

Відповідальні особи: лікар, соціальний працівник/кейс-менеджер, пацієнтка.

Вимірюваний результат: пацієнтка отримала достовірну інформацію, роз'яснені міфи про ВІЛ/СНІД, демонструється свідома готовність розпочати лікування.

Забезпечується досягнення довгострокової цілі: отримання АРТ.

Довгострокові цілі.

1. Лікування депресії.

Мета: стабілізувати психічний стан пацієнтки, нівелювати симптоми депресії, підвищити рівень самооцінки та мотивації на досягнення цілей лікувального плану.

Дії: забезпечити регулярне психіатричне, психологічне лікування і корекцію, моніторинг їх ефективності – безпосередньо за місцем отримання ЗПТ або через переадресацію.

Терміни: протягом 6 місяців.

Відповідальні особи: лікар-психіатр, психолог/психотерапевт, соціальний працівник/кейс-менеджер, пацієнтка.

Вимірюваний результат: пацієнтка регулярно відвідує фахівців, отримує необхідне лікування. За результатами спеціальних діагностичних методик, спостереження за поведінкою, самозвітів демонструє стабілізацію психічного стану.

2. Відновлення батьківських функцій, сімейних зв'язків, соціальної стабільності.

Мета: стабілізувати сімейні стосунки пацієнтки, отримати соціальну допомогу.

Дії: провести консультування членів родини з метою гармонізації взаємин, повернення пацієнтки до проживання в родині. Звернутися до соціальних служб, органів опіки з метою поновлення прав на спілкування з дітьми.

Терміни: протягом одного року.

Відповідальні особи: лікар, психолог/психотерапевт, соціальний працівник/кейс-менеджер, юрист, пацієнтка.

Вимірюваний результат: фактичне повернення до спільного проживання у родині, поновлення батьківських прав, отримання соціальної допомоги (документальні свідчення дотичних фахівців, самозвіт пацієнтки).

3. Продовження лікування ВІЛ.

Мета: забезпечити безперервний прийом АРТ, сформувати прихильність до лікування.

Дії: забезпечити постійну підтримку, консультації фахівців, необхідні для пацієнтки, у тому числі участь у заходах, групах самопомоги ЛЖВ.

Терміни: на постійній основі.

Відповідальні особи: лікар, психолог/психотерапевт, соціальний працівник/кейс-менеджер, консультант з питань залежностей за принципом «рівний–рівному», пацієнтка.

Вимірюваний результат: прихильність пацієнтки до лікування ВІЛ, безперервність отримання АРТ, виконання призначень, що підтверджується лабораторними дослідженнями, свідченнями дотичних фахівців, самозвітом пацієнтки.

В ідеальній ситуації до оцінки стану пацієнта та складання індивідуального плану залучаються члени МДК, яка організовується на базі лікувального закладу, що надає послуги лікування ЗПТ.

До складу такої команди зазвичай входять лікарі різних спеціальностей, медичні сестри, соціальний працівник, психолог, консультант за принципом «рівний–рівному» тощо. Для досягнення єдиної мети члени команди спільно ухвалюють рішення та обговорюють план лікування пацієнта, проблеми щодо виконання окремих завдань лікування тощо.

Утворення МДК є вкрай бажаним підходом до інтеграції в рамках багатьох послуг.

Законодавчо не визначено, хто з членів команди має виступати в ролі її координатора, водночас це може бути:

- ✓ **лікар нарколог** (як фахівець, що має спеціальну підготовку в галузі лікування пацієнтів, які мають залежність від наркотичних речовин та відповідає за включення пацієнта у програму ЗПТ і призначення препарату);
- ✓ **соціальний працівник** (кейс-менеджер) (як фахівець, що має спеціальну підготовку з оцінки потреб клієнтів та складання індивідуальної програми соціального супроводу, що включає, окрім суто соціальної та психологічної допомоги, також контроль за прихильністю до лікування, допомогу в доступі до медичної допомоги, супровід клієнтів до медичного закладу тощо);
- ✓ **сімейний лікар**, який може виконувати роль координатора МДК.

Покладання на сімейного лікаря ролі координатора роботи МДК обумовлене наступним:

- 1) Інтегрована допомога пацієнтам ЗПТ має відповідати філософії холістичного підходу до здоров'я пацієнтів з проблемою залежності від наркотичних речовин. Адже інтегрована допомога визначається як процес координації зусиль різних служб, спрямований на досягнення безперервного й постійного догляду, що відповідає індивідуальним потребам і базується на цілісному (холістичному) сприйнятті пацієнта [37, 71]. Такий підхід може забезпечити сімейний лікар як фахівець, що має спеціальну підготовку щодо застосування холістичного підходу до вирішення проблем здоров'я пацієнтів, вміння застосовувати біопсихосоціальну модель з урахуванням культурних та екзистенціальних аспектів життя людей (за визначенням всесвітньої організації сімейних лікарів WONCA).
- 2) За умови обмеженого фінансування саме сімейний лікар може взяти на себе виконання деяких функцій інших спеціалістів, а також надавати ряд супутніх послуг. Так, сімейний лікар, окрім безпосередньо лікування пацієнта, може здійснювати короткі профілактичні втручання, спрямовані на формування здорового способу життя та попередження захворювань, виступає в ролі координатора медичного маршруту пацієнта, організовуючи направлення до лікарів-спеціалістів, соціальних служб та інших надавачів послуг, таких як групи взаємопідтримки, громадські організації тощо.

2.3 Етапи лікування та цілі кожного з них

Для ефективної організації та планування лікувального процесу важливим є розуміння того, що лікування складається з декількох послідовних етапів, кожен з яких має свої специфічні завдання [48].

Відповідно до SAMHSA [48], лікування в програмах ЗПТ можна розділити на наступні фази, а саме:

- 1) Гостра фаза (acute phase).
- 2) Реабілітаційна фаза (rehabilitative phase).
- 3) Фаза підтримки та догляду (supportive-care phase).
- 4) Підтримуюча фаза (medical maintenance phase).
- 5) Фаза виходу з програми та ресоціалізації (tapering and readjustment phase).
- 6) Фаза тривалої підтримки (continuing care phase).

Даних щодо ефективності лікування на різних фазах ЗПТ недостатньо. Саме через те, що лікування є довготривалим процесом, пацієнти час від часу його переривають та повторно поновлюють. Розуміння етапів ЗПТ, конкретних цілей для кожного з них є надзвичайно важливим для ефективної організації лікувального процесу. Структурована модель різних фаз ЗПТ була розроблена вченими Дж. Гофманом та Е. Мулчаном [32].

Варто зазначити, що представлені фази не обмежені у часі та передбачають, що пацієнт може просуватися між ними відповідно до власного темпу, іноді повертаючись на попередню, що свідчить не про невдачу лікування, а є природнім проявом хронічної хвороби.

Незважаючи на те, що пацієнти з опіоїдною залежністю потребують довготривалого та/або життєвого лікування, інтенсивність та обсяг необхідних послуг значно відрізняється залежно від фази їхньої участі у програмі. Більшість пацієнтів потребують більш інтенсивної підтримки та послуг на етапі входження в програму, більш різноманітних послуг під час фази стабілізації та менш інтенсивних послуг на етапі досягнення цілей щодо відновлення/одужання. Водночас інтенсивність послуг може зростати під час виходу пацієнта з програми та дорівнювати за частотою тим,

що надавалися на першому етапі лікування. Швидкість проходження кожної з фаз є індивідуальною, деякі пацієнти проходять їх швидко, тоді як інші за період участі у програмі здатні пройти лише одну або дві. Зважаючи на це, результати лікування варто оцінювати не відповідно до того, скільки фаз пройшов конкретний пацієнт або чи повертався він до попередніх у результаті рецидиву хвороби чи погіршення однієї або декількох сфер життєдіяльності, а брати до уваги, наскільки його потреби, цілі та очікування були задоволені та досягнуті.

Нижче представлено опис фаз (етапів) лікування.

1. Гостра фаза: включення до ЗПТ та початок лікування

Триває від декількох днів до місяця і спрямована в першу чергу на припинення вживання нелегальних опіоїдів та інших психоактивних речовин, зняття симптомів відміни. Фаза включає:

- ✓ призначення медикаментів, оцінку безпечності прийому кожної дози препаратів та їх терапевтичного ефекту;
- ✓ поступове та безпечне підвищення дози для усунення абстинентного синдрому та попередження вживання пацієнтом інших ПАР;
- ✓ надання або направлення пацієнтів до послуг, спрямованих на лікування інших захворювань, усунення медичних, соціальних, правових та сімейних наслідків, пов'язаних із залежністю;
- ✓ допомога пацієнтам з ідентифікацією ситуацій підвищеного ризику щодо повернення до вживання наркотиків та алкоголю і розвитку альтернативних стратегій подолання тяги до вживання ПАР.

Індикатори, які свідчать, що пацієнт досяг цілей гострої фази лікування:

- ✓ усунуто симптоми відміни та фізичний дискомфорт;
- ✓ протягом дня пацієнт почувається комфортно;
- ✓ пацієнта залучений до проведення оцінки його медичних, психічних та психосоціальних проблем;
- ✓ задоволені базові потреби пацієнта у їжі, місці проживання та безпеці.

Під час проходження зазначеної фази важливо звернути увагу на прийом пацієнтом інших ПАР. На цьому етапі він має отримати інформацію про те, як різні наркотичні речовини та алкоголь взаємодіють з препаратами ЗПТ та чому їх вживання слід припинити або значно скоротити. Під час цієї фази пацієнт має пройти оцінку свого психічного здоров'я та, при потребі, почати отримувати необхідні йому послуги. Варто пильно моніторити симптоми психічних захворювань через їх потенційно негативний вплив на результати лікування, організувати доступ пацієнта до послуг з питань психічного здоров'я. У разі психічного захворювання, індукованого вживанням ПАР, зазвичай немає необхідності у проведенні спеціального лікування після завершення фази. При оцінці потреби пацієнтів у додаткових послугах важливо звернути увагу на те, що після припинення вживання нелегальних опіоїдів пацієнт може скаржитись на больовий синдром, який стримувався анальгетичним ефектом опіоїдів. Такий стан обов'язково має бути оцінений та пролікований. Під час гострої фази лікування мають бути вирішені питання, пов'язані з проживанням, безпекою, забезпеченням одягом та харчуванням пацієнта, зокрема, через направлення до відповідних служб.

Відповідно до даних досліджень, мотивація пацієнта, залученість персоналу та атмосфера довіри, сформовані під час першої фази лікування, є більш вагомим чинником, що визначає ефективність лікувального процесу, ніж причина, через яку він вирішив розпочати лікування [39, 45].

Критерії переходу з гострої на реабілітаційну фазу:

- ✓ усунення симптомів синдрому відміни (пацієнт має почуватися добре протягом 24 годин після прийняття дози препарату);
- ✓ зменшення потягу до вживання ПАР;
- ✓ припинення вживання нелегальних опіоїдів та зменшення вживання інших ПАР, включаючи алкоголь та медичні препарати не за призначенням;
- ✓ завершення оцінки медичних проблем та проблем психічного здоров'я;
- ✓ формування лікувального плану для вирішення психосоціальних проблем, пов'язаних із освітою, зайнятістю, припиненням кримінальної активності, доглядом за дітьми тощо;
- ✓ задоволення базових потреб, таких як житло, їжа, одяг, безпека.

Таблиця 2

Проблема	Стратегія, спрямована на вирішення проблеми	Індикатор для переходу на фазу реабілітації
Вживання алкоголю та наркотиків (надмірне, неконтрольоване)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ регулярне тестування; ✓ інформування щодо ефектів прийому алкоголю та інших ПАР, мотивування на відмову від вживання; ✓ інтенсивне лікування (за потреби); ✓ контакт з медичним персоналом, аби переконатись, що пацієнт отримує адекватну дозу препарату 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ усунення синдрому відміни та сильного бажання вживати ПАР; ✓ почуття благополуччя; ✓ здатність уникати ситуацій, які можуть спровокувати вживання; ✓ розуміння залежності як проблеми та мотивація до зміни стилю життя
Медичні проблеми:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ термінова переадресація пацієнта до медичного працівника; ✓ за можливості вакцинація (проти гепатиту А та В) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вирішення гострих станів пов'язаних зі здоров'ям; ✓ організація догляду та лікування хронічних хвороб
Психічні захворювання: психоз; тривожність; порушення настрою чи особистісні розлади	<ul style="list-style-type: none"> ✓ виявлення гострих психічних станів та захворювань, що потребують термінового лікування/госпіталізації; ✓ виявлення хронічних станів, що потребують постійного або тривалого лікування 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вирішення гострих медичних проблем; ✓ організація постійного догляду та лікування хронічних станів
Інші базові життєві питання:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ оцінка потреб; ✓ переадресація пацієнта до відповідних програм/служб; ✓ взаємодія з установами системи виконання покарань; ✓ вирішення проблем із пересуванням; ✓ визначення та знаходження джерел фінансового забезпечення; ✓ кейс-менеджмент 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ задоволення базових потреб у харчуванні, одязі, місці проживання та безпеці; ✓ стабілізація життєвої ситуації; ✓ стабілізація фінансової ситуації; ✓ вирішення питань пересування та догляду за дітьми

Проблема	Стратегія, спрямована на вирішення проблеми	Індикатор для переходу на фазу реабілітації
<ul style="list-style-type: none"> ✓ питання догляду за дітьми; ✓ вагітність 		
<p>Терапевтична взаємодія:</p> <p>формування довірливих стосунків; розвінчання міфів стосовно ЗПТ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ адвокація призначення адекватного дозування; ✓ акцент на перевагах лікування; ✓ розвінчання міфів стосовно ЗПТ; ✓ інформування стосовно цілей програми; ✓ розбудова системи підтримки; ✓ формування довіри 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ регулярне проведення консультативних сесій; ✓ позитивна взаємодія з надавачами послуг; ✓ фокус на цілях лікування
<p>Мотивація та готовність до змін:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ амбівалентне ставлення до вживання ПАР; ✓ уникання консультацій; ✓ погані стосунки з персоналом; ✓ неадекватна доза; ✓ негативне ставлення до лікування; ✓ недобровільне виключення з програми 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ забезпечення адекватної дози; ✓ мотивування пацієнта; ✓ акцент на перевагах лікування 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ включення в лікувальний процес; ✓ розуміння залежності як проблеми; ✓ зміна стилю життя та вирішення проблем, пов'язаних із вживанням

2. Реабілітаційна фаза

Головним завданням цієї фази є мотивування пацієнта на вирішення основних життєвих проблем — вживання алкоголю та наркотиків, проблеми зі здоров'ям (включаючи психічне здоров'я), питання, пов'язані з роботою, навчанням, сімейними проблемами тощо. Протягом цієї фази пацієнт повинен заохочуватися до участі у конструктивних видах діяльності, таких як повна або часткова трудова діяльність, освіта та навчання, волонтерство тощо. Його слід мотивувати на відвідування груп підтримки, наприклад таких, що працюють за принципом «12 кроків».

Таблиця 3

Проблема	Стратегія, спрямована на вирішення проблеми	Індикатор для переходу на фазу реабілітації
<p>Вживання алкоголю та наркотиків:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ продовження вживання опіоїдів; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ укладання терапевтичного контракту; ✓ призначення дисульфіраму у разі зловживання алкоголем; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ здатність ідентифікувати та керувати чинниками, що можуть призвести до вживання; ✓ сформований арсенал навичок вирішення життєвих проблем;

Проблема	Стратегія, спрямована на вирішення проблеми	Індикатор для переходу на фазу реабілітації
<ul style="list-style-type: none"> ✓ продовження вживання інших ПАР 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ фармакотерапія; ✓ адаптація дози до потреби пацієнта з метою попередження вживання інших ПАР; ✓ заохочення пацієнта до відвідування груп взаємопідтримки та сімейних груп 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ демонстрація змін в стилі життя, що спрямовані на попередження зриву; ✓ припинення вживання опіоїдів та інших ПАР; ✓ відсутність проблем із вживанням алкоголю; ✓ розробка плану щодо припинення паління
<p>Медичні проблеми:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ хронічні хвороби (діабет, гіпертонія, серцево-судинні хвороби, епілепсія); ✓ інфекційні хвороби (ВІЛ/СНІД, ТБ, гепатити В та С, ІПСШ); ✓ проблеми із зубами, залежність від нікотину; ✓ проблеми жіночого здоров'я (вагітність, планування сім'ї) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ надання медичної допомоги на місці або переадресація до інших сервісів; ✓ реалізація інтегрованого підходу до надання послуг; ✓ рутинне тестування на ТБ; ✓ навчання щодо здорового харчування, фізичної активності; ✓ вакцинація; ✓ врахування взаємодії препаратів ЗПТ та препаратів для лікування інших захворювань; ✓ оцінка потреб та лікування пацієнта з больовим синдромом 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ взаємодія з лікуванням інших захворювань; ✓ покращення загального стану здоров'я; ✓ покращення стану зубів та гігієни; ✓ регулярне спостереження вагітних жінок; ✓ стабільний медичний та психічний статус
<p>Психічні захворювання:</p> <p>психоз, тривожність, порушення настрою чи особистісні зміни</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ оцінка психічного стану; ✓ навчання навичкам вирішення життєвих проблем; ✓ забезпечення раннього виявлення симптомів психічного захворювання; ✓ призначення психотропних препаратів або психотерапії (у разі потреби) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ стабільний психічний статус та зв'язок із службою психічного догляду та лікування
<p>Працевлаштування та освіта:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ безробіття; ✓ низький рівень грамотності або повна неграмотність; ✓ порушення здатності до навчання 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ виявлення проблем пов'язаних з навчанням та освітою; ✓ сприяння у здобутті основ грамотності та проведення тренінгів, пов'язаних із працевлаштуванням; ✓ навчання основам керування бюджетом та персональними фінансами; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ наявність стабільного джерела доходу; ✓ активний пошук роботи; ✓ включення в продуктивну активність: навчання, робота, волонтерство

Проблема	Стратегія, спрямована на вирішення проблеми	Індикатор для переходу на фазу реабілітації
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ надання можливостей для працевлаштування або переадресація до відповідних служб 	
<p>Сімейні проблеми:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ відсутність системи сімейної підтримки; ✓ сімейні проблеми, що потребують термінового втручання (розлучення, сімейна травма, насильство тощо) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ залучення місцевих спільнот, груп самодопомоги; ✓ підвищення залучення до життя родини; ✓ забезпечення системи заходів, спрямованих на благополуччя дітей 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ наявність системи соціальної підтримки; ✓ відсутність серйозних конфліктів із найближчим оточенням; ✓ посилення відповідальності за залежність
<p>Правові проблеми:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ звинувачення у скоєнні злочину; ✓ судова тяганина, боротьба за опіку над дитиною/ дітьми; ✓ кримінальна активність 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ надання доступу до системи правової підтримки; ✓ заохочення пацієнта взяти відповідальність за наявні правові проблеми; ✓ визначення шляхів та обставин усунення кримінальної активності та заміна її на іншу — конструктивну 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вирішення або спроби вирішення (в процесі) правових проблем; ✓ відсутність кримінальної активності

Під час цієї фази мають бути вирішені наступні проблеми:

- ✓ Вживання алкоголю та інших ПАР (під час зазначеної фази пацієнт має повністю припинити вживання інших ПАР та зловживання алкоголем). Якщо пацієнт повертається до такого вживання, то це свідчить про його повернення на попередню фазу лікування та є підставою для відмови у видачі препаратів для самостійного прийому.
- ✓ Проблеми, пов'язані зі станом здоров'я (на зазначеній фазі рекомендується застосування інтегрованого підходу до вирішення медичних проблем). Слід розпочати навчання щодо здорового харчування, фізичної активності, сну, гігієни та припинення паління. На цій фазі пацієнт має демонструвати прихильність до лікування супутніх станів та вчасно звертатися за медичною допомогою у разі виникнення гострих проблем зі здоров'ям.
- ✓ Хронічний або гострий біль (із урахуванням того, що недостатньо контрольований біль є чинником повернення до вживання, опіодні анальгетики також можуть становити ризик зриву).
- ✓ Працевлаштування, освіта та пошук джерел існування (наприкінці зазначеної фази пацієнт має бути працевлаштованим, активно шукати роботу чи бути залученим до іншої продуктивної активності, такої як навчання, догляд за дітьми, волонтерство). Пацієнти повинні мати легальне та стабільне джерело доходу.
- ✓ Сімейні стосунки та система соціальної підтримки, (налагоджена система соціальної та сімейної підтримки, відсутність конфліктів).
- ✓ Правові проблеми.
- ✓ Психічна коморбідність.
- ✓ Фінансові проблеми.

3. Фаза підтримки та догляду (supportive-care phase)

Після досягнення цілей фази реабілітації пацієнт переходить на наступну фазу — фазу підтримки. Під час цієї фази він продовжує фармакотерапію, бере участь у консультаціях, отримує медичні послуги, бере на себе відповідальність за власне життя, а також може отримувати препарати для самостійного прийому на тривалий період. Водночас, йому рекомендовано з'являтися на сайті ЗПТ не рідше одного разу на тиждень.

Як уже зазначалося, для переходу на цю фазу пацієнт має припинити вживання інших ПАР, включаючи зловживання алкоголем та призначеними медичними препаратами, а також припинити будь-яку кримінальну активність. Якщо пацієнт продовжує вживати ПАР — це підстава для його повернення на гостру фазу лікування.

Прогрес лікування має оцінюватись індивідуально. Водночас, якщо пацієнт не досяг виконання окремих завдань, він має повертатися на фазу реабілітації та отримувати послуги для досягнення поставлених цілей.

Таблиця 4

Проблема	Стратегія, спрямована на вирішення проблеми	Індикатор для переходу на підтримуючу фазу
Вживання алкоголю та наркотиків	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг вживання; ✓ збільшення частоти скринінгу 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ припинення вживання нелегальних наркотиків та відсутність проблем із зловживанням алкоголем
Медичні проблеми та питання психічного здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг прихильності до лікування, дотримання режиму; ✓ підтримка комунікації з надавачами медичних послуг та послуг щодо психічного здоров'я пацієнта 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ стабільність
Працевлаштування та освіта	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг статусу зайнятості та прогресу у досягненні цілей, пов'язаних з освітою та навчанням; ✓ допомога у питаннях, пов'язаних із працевлаштуванням 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ стабільне джерело доходу
Сімейні проблеми	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг стабільності сімейних стосунків 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ стабільність
Правові проблеми	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг проблем із законом, правових проблем; ✓ надання необхідної підтримки 	

На думку експертів, період знаходження пацієнта на зазначеній фазі триває в середньому від 2-х до 3-х років; тривалість знаходження на фазі підтримки має вирішуватися з урахуванням його/її потреб та прогресу. Наприклад, пацієнт може припинити вживання інших ПАР, дотримуватись режиму лікування, але водночас не мати прогресу в інших сферах життя, а отже, потребувати постійної підтримки.

4. Підтримуюча фаза (medical maintenance phase)

Для того щоб визначити, чи готовий пацієнт перейти на зазначену фазу, рекомендовано використовувати наступні критерії:

- не менше 2-х років знаходження в програмі;
- невживання інших ПАР та відсутність проблем, пов'язаних із зловживанням призначеними медичними препаратами протягом 2-х років;
- відсутність проблем із зловживанням алкоголем;
- стабільне соціальне оточення в середовищі, вільному від вживання ПАР;
- стабільне та легальне джерело доходу;
- включення в продуктивну активність (робота, навчання, волонтерство);
- відсутність кримінальної поведінки та іншої протиправної діяльності не менше 3-х років, а також відсутність умовного терміну чи знаходження в системі пробації;
- адекватна система соціальної підтримки;
- відсутність нестабілізованого психічного стану або захворювання.

На зазначеній фазі має проводитись моніторинг ризику повернення пацієнта до вживання ПАР. У разі позитивного тесту на вживання інших ПАР, він терміново має повернутися на фазу реабілітації. На цій фазі пацієнти можуть отримувати препарати для самостійного прийому на більший термін.

Таблиця 5

Проблема	Стратегія, спрямована на вирішення проблеми	Індикатор для переходу на підтримуючу фазу
Вживання алкоголю та наркотиків	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг вживання; ✓ проведення тестування 	✓ стабільність не менше 2-х років
Медичні проблеми та питання психічного здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг прихильності; ✓ підтримка комунікації 	✓ стабільність
Працевлаштування та освіта	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг прогресу; ✓ допомога у вирішенні проблем, пов'язаних із роботою 	✓ стабільність
Сімейні проблеми	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг сімейної стабільності та стосунків; ✓ переадресація на сімейну терапію (за потреби) 	✓ стабільність
Правові проблеми	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг проблем із законом, правових проблем; ✓ надання необхідної підтримки 	✓ стабільність

5. Фаза виходу з програми та ресоціалізації (tapering and readjustment phase)

Прийняття рішення щодо виходу пацієнта з програми та завершення лікування має бути дуже виваженим та ґрунтуватись на всебічній оцінці досягнутого прогресу, рівні мотивації, наявності системи підтримки, попередніх спробах завершення лікування. Під час зазначеної фази пацієнт має бути готовим отримувати більш часті консультації, розуміти переваги та недоліки виходу з програми, а також ризику, пов'язані з цим.

Пацієнти мають усвідомлювати необхідність у будь-який час повернутися на попередні фази лікування, якщо зустрічають серйозні труднощі, що в подальшому можуть призвести до повернення до вживання.

Темп завершення пацієнтом лікування також має бути індивідуальним і може тривати багато місяців — стільки, скільки потрібно пацієнту.

Для кожного пацієнта, який завершує лікування, має бути створена можливість повернення до програми у будь-який час.

Таблиця 6

Проблема	Стратегія, спрямована на вирішення проблеми	Індикатор для повернення на попередню фазу
Вживання алкоголю та наркотиків	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг вживання ПАР; ✓ збільшення частоти тестування; ✓ збільшення частоти консультацій 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ зрив або побоювання щодо зриву вживання ПАР; ✓ позитивні результати тесту на вживання ПАР
Медичні проблеми та питання психічного здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг прихильності; ✓ підтримка комунікації, навчання 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ нестабільний стан здоров'я
Працевлаштування та освіта	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг прогресу; ✓ допомога у вирішенні проблем, пов'язаних із роботою 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ нестабільність, втрата роботи
Сімейні проблеми	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг сімейної стабільності та стосунків; ✓ переадресація на сімейну терапію (за потреби). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ нестабільність, смерть або втрата близької людини; ✓ нестабільність місця проживання
Правові проблеми	<ul style="list-style-type: none"> ✓ моніторинг проблем із законом, правових проблем; ✓ надання необхідної підтримки 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ повернення або початок кримінальної чи проти-правної поведінки

Багато пацієнтів, які звершують лікування в програмах ЗПТ, потребують підтримки, особливо в перші 3-12 місяців після виходу з програми — для адаптації до нового стилю життя, вільного як від вживання ПАР, так і від участі в лікувальній програмі. На цьому етапі особлива увага повинна бути спрямована на формування навичок вирішення життєвих проблем та попередження зривів. Рекомендується участь у програмі «12 кроків» та будь-яких інших програмах підтримки. Частині пацієнтів може бути рекомендованою терапією налтрексоном. На цьому етапі важливо забезпечити доступність до консультативної підтримки, розробити план попередження зриву, який обов'язково включатиме опис того, як за необхідності пацієнту повернутися до програми.

6. Фаза тривалої підтримки (continuing-care phase)

Ця фаза йде за фазою успішного завершення лікування. В цей час з пацієнтом підтримується зв'язок і регулярно оцінюється його поточний стан, він відвідує групи одужання. Важливо розуміти, що лікування залежності може знову стати необхідним, враховуючи хронічний характер залежності з потенціальним ризиком повернення до вживання. На цьому етапі пацієнт повинен мати соціально продуктивне життя, не мати проблем із законом, кримінальної та протиправної поведінки та не вживати ПАР чи зловживати алкоголем, мати навички вирішення життєвих проблем. Психічні хвороби та їх симптоми мають бути добре контрольовані та керовані. Рекомендовано відвідування груп самопомоги. Частота зустрічей з персоналом сайту ЗПТ має відбуватися з періодичністю один раз на 1–3 місяці.

Для розуміння переміщення пацієнта між фазами важливо брати до уваги, що:

- Це обумовлено не терміном перебування в програмі, а прогресом у досягненні поставлених цілей.
- У випадку повернення до вживання, погіршення соціального стану та виникнення проблем зі здоров'ям пацієнт може повернутися на одну з попередніх фаз лікування.
- Епізодичне та випадкове вживання ПАР не обов'язково потребуватиме повернення пацієнта на початкову (гостру) фазу, а свідчатиме про потребу посилення консультування, втрату привілеїв щодо отримання препаратів для самостійного прийому, перегляду дози. Водночас, якщо пацієнт знаходиться на підтримуючій фазі або на фазі виходу з програми та ресоціалізації, зрив потребує термінового реагування та повернення на попередню фазу.

Враховуючи численні медичні та соціально-психологічні проблеми, з якими стикаються СІН, виділяють наступні тематичні групи послуг:

- 1) ВІЛ/СНІД;
- 2) туберкульоз;
- 3) психічне здоров'я;
- 4) вірусні гепатити;
- 5) репродуктивне здоров'я;
- 6) інфекції, що передаються статевим шляхом;
- 7) загальне здоров'я;
- 8) психосоціальні послуги;
- 9) зменшення шкоди.

У свою чергу кожна група послуг має своє нормативне підґрунтя та методичне забезпечення, зміст, що логічно розкладається на складові, які є або лікуванням (клінічний медичний компонент), або профілактикою (може поєднувати медичний та соціально-психологічний компоненти), або супроводом (соціальний та психологічний компоненти).

3.1 Надання послуг з ВІЛ/СНІДу

3.1.1 Консультування і тестування на ВІЛ

Консультування і тестування на ВІЛ (КіТ) — ключовий компонент програм профілактики, лікування та догляду за хворими на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Окрім виявлення ВІЛ-інфекції, ця послуга має на меті профілактику поширення ВІЛ шляхом інформування та попередження клієнтів щодо ризиків інфікування.

На сучасному етапі ВООЗ рекомендує використовувати термін «послуги тестування на ВІЛ» (ПТВ, HIV testing services) для визначення всієї сукупності послуг, які надаються разом з тестуванням на ВІЛ, таких як:

- ✓ консультування (дотестове інформування та післятестове консультування);
- ✓ прив'язка клієнтів до необхідних послуг профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ та до інших клінічних і допоміжних послуг;
- ✓ координація з лабораторними службами для підтримки забезпечення якості та надання правильних результатів.

Право всіх громадян України, громадян інших держав та осіб без громадянства на тестування з метою виявлення ВІЛ закріплено в національному законодавстві (Закон України від 23.12.2010

№ 2861-VI «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

Існує *три основні підходи до проведення тестування на ВІЛ*:

- з ініціативи особи, яка бажає знати свій ВІЛ-статус;
- з ініціативи медичного працівника (за умови згоди пацієнта);
- обов'язкове тестування на ВІЛ для донорів крові або тканин.

Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію складається із:

- дотестового консультування, яке проводиться перед проходженням тесту на ВІЛ;
- тестування (лабораторного обстеження на наявність антитіл/антигенів ВІЛ з використанням ІФА або швидких тестів);
- післятестового консультування, яке проводиться після отримання результату тесту на ВІЛ.

Зміст консультування затверджений відповідним Наказом МОЗ України [88]. Керівник ЗОЗ відповідає за дотримання кожним фахівцем принципів КІТ, необхідного змісту та повноти консультування.

Тестування на ВІЛ може здійснюватися в медичних закладах усіх форм власності та підпорядкування, службах соціальної підтримки та інших організаціях, за умови наявності ліцензії на цей вид діяльності. Впровадження КІТ на базі ЗОЗ можливе силами персоналу закладу або через залучення фахівців партнерських організацій.

За необхідності до проведення КІТ можна залучати фахівців із державних організацій та НУО. Також КІТ може проводитися на території закладу шляхом залучення мобільних амбулаторій [85].

ВООЗ також рекомендує проводити тестування на ВІЛ працівникам без спеціальної освіти, які пройшли навчання та супервізію щодо застосування швидких тестів та можуть самостійно проводити безпечно і ефективно тестування.

ВООЗ також рекомендує послуги тестування на ВІЛ у громаді з прив'язкою до профілактики, лікування та догляду на додаток до консультування і тестування з ініціативи медичного працівника для ключових груп населення. На час написання посібника дане питання в Україні не врегульоване нормативною базою.

Тестування на ВІЛ може здійснюватися у закладах усіх форм власності та підпорядкування за наявності відповідно обладнаної спеціальної лабораторії, акредитованої у встановленому порядку [91]. Детальні вимоги до методики тестування містяться в Наказі МОЗ України від 21.12.2010 № 1141 «Про затвердження порядку визначення серологічних маркерів ВІЛ-інфекції та забезпечення якості досліджень».

У разі отримання негативного результату в процесі обстеження із застосуванням методу ІФА або швидких тестів пацієнту видається довідка (форма первинної облікової документації № 503-4/0).

У випадку отримання позитивного або сумнівного результату зразок матеріалу потрібно направити на підтверджувальне тестування, яке здійснюється в лабораторіях, перелік яких визначено Наказом МОЗ України.

У разі позитивного результату підтверджувального обстеження пацієнт направляється до регіонального центру СНІДу або іншого закладу, в якому здійснюється диспансерне спостереження за ВІЛ-інфікованими особами (кабінет «Довіра»). У такому закладі для пацієнта заповнюється реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи (форма № 502-1/о) та інші облікові й звітні документи, затверджені Наказом МОЗ України та Держкомстату України. Заклад, у якому здійснюється диспансерне спостереження, проводить поглиблене обстеження для визначення стадії ВІЛ-інфекції та необхідності призначення АРТ.

3.1.2 Медичний супровід ВІЛ-інфекції

Медичний нагляд за пацієнтами з ВІЛ-інфекцією/СНІДом — комплексний процес із забезпеченням уніфікованих послуг, зосереджений на індивідуальних потребах пацієнта.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2013 № 585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ» визначено порядок організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Діагноз «ВІЛ-інфекція» пацієнту встановлюється за місцем проживання лікарем-інфекціоністом Центру (відділення) СНІДу або ЗОЗ, в якому функціонує кабінет «Довіра», який пройшов навчання щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти.

Постановка на облік людей, які живуть з ВІЛ, та медичний нагляд за ними здійснюються за умови їхньої добровільної згоди.

Метою медичного нагляду за людьми, які живуть з ВІЛ, є систематичний контроль стану їхнього здоров'я для своєчасного виявлення загрози прогресування хвороби, надання адекватної ефективною медичної допомоги та необхідної консультативної, психологічної та іншої підтримки.

Медичний нагляд за пацієнтами розпочинається з дати встановлення діагнозу «ВІЛ-інфекція», здійснюється систематично, триває протягом усього життя пацієнта та передбачає періодичні медичні огляди, лабораторні, інструментальні обстеження та консультації інших спеціалістів.

Медичні огляди, лабораторні та інструментальні обстеження, консультування пацієнтів здійснюються відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 липня 2010 року № 551.

Періодичність та обсяги медичних оглядів залежать від стадії ВІЛ-інфекції та від темпів прогресування захворювання:

- 1) планові медичні огляди та обов'язкові лабораторні обстеження проводяться *не рідше одного разу на 6 місяців*;

у випадках наявності ознак прогресування ВІЛ-інфекції — не рідше одного разу на 3 місяці та залежно від клінічної ситуації:

- а) обов'язкові лабораторні обстеження, які проводяться не рідше одного разу на 6 місяців:
 - ✓ визначення кількості CD4-лімфоцитів (абсолютна кількість та відсотковий вміст);
 - ✓ визначення вірусного навантаження ВІЛ у плазмі крові;
 - ✓ загальне клінічне дослідження крові (з визначенням гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитарної формули, абсолютної кількості лейкоцитів);
 - ✓ біохімічне дослідження крові (білірубін та його фракції, аланін амінотрансфераза, аспаратамінотрансфераза, лужна фосфатаза, сечовина, креатинін);
 - ✓ загальне клінічне дослідження сечі.
- б) обов'язкові лабораторні обстеження, які проводяться *не рідше одного разу на рік*:
 - ✓ серологічні дослідження на цитомегаловірус (якщо кількість CD4-лімфоцитів < 100 кл/тін/мкл), токсоплазмоз, гепатит В, гепатит С, якщо результати попередніх досліджень були негативними;
 - ✓ для жінок: тест Папаніколау;
 - ✓ у випадку цирозу печінки (незалежно від етіології): дослідження вмісту альфа-фетопротеїну та ультрасонографічне дослідження печінки;

- ✓ ліпідні фракції крові;
 - ✓ скринінгові обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом, та туберкульоз.
- 2) додаткові лабораторні обстеження, інструментальні обстеження та консультації інших відповідних спеціалістів проводяться за наявності медичних показань.

Медичний нагляд за пацієнтом здійснюється за принципом, що передбачає надання пацієнту максимального спектру послуг в одному місці (інтеграція послуг), у разі необхідності — перенаправлення до ЗОЗ та надання соціальної підтримки.

3.1.3 Антиретровірусна терапія

Антиретровірусна терапія (АРТ) для лікування ВІЛ-інфекції набула стабільного розвитку після появи в 1996 році високоактивної комбінованої терапії. АРТ радикально зменшила захворюваність і смертність, пов'язані з ВІЛ, та перетворила ВІЛ-інфекцію на хронічне захворювання, що піддається контролю. Крім того, АРТ ефективна щодо запобігання передачі ВІЛ. Вона є обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, надається на безоплатній основі.

Метою АРТ є максимальне пригнічення реплікації ВІЛ, відновлення функції імунної системи, продовження та підвищення якості життя ВІЛ-інфікованих, попередження розвитку СНІД-асоційованих захворювань та передачі ВІЛ.

Широкомасштабне впровадження АРТ в Україні розпочато з 2004 року. За цей час кількість осіб, які безперервно отримують АРТ, зросла в 20 разів. На сьогоднішній день надання АРТ здійснюється майже в 250 закладах охорони здоров'я по всій території України (окрім територій, тимчасово не підконтрольних владі України), а також у закладах Державної кримінально-виконавчої служби України.

З метою наближення послуг до пацієнта триває процес децентралізації та інтеграції, коли АРТ надається в ЗОЗ разом з іншими послугами (насамперед з лікуванням туберкульозу, замісною підтримувальною терапією тощо).

Лікування, догляд та підтримка людей, які живуть з ВІЛ (далі — ЛЖВ), в Україні ґрунтуються на таких засадах:

- 1) АРТ повинна призначатися для усіх пацієнтів, які потребують лікування, не маючи до цього протипоказань та висловили бажання лікуватися, не обмежуючи доступ до лікування для СН, у тому числі тих, які отримують ЗПТ, працівників комерційного сексу, ЧСЧ, ув'язнених та інших соціально уразливих груп населення, а також пацієнтів з ко-інфекціями: вірусний гепатит/ВІЛ, туберкульоз/ВІЛ.
- 2) Програми АРТ повинні передбачати обов'язкове надання комплексної, всебічної допомоги та підтримки, необхідних для кожного пацієнта, з урахуванням його індивідуальних потреб, способу життя та особливостей поведінки.
- 3) Супровід ВІЛ-інфікованих пацієнтів має бути комплексним, зосередженим на потребах пацієнтів, здійснюватись систематично, від моменту встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції.
- 4) Лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів включає широкий спектр видів медичної допомоги. Наприклад для СН має бути передбачений доступ до наркологічної/психіатричної допомоги, ЗПТ, реабілітаційних програм, спрямованих на відмову від споживання наркотичних речовин, програм зменшення шкоди, а також надання соціально-психологічної допомоги.
- 5) Організація супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів здійснюється командою фахівців та спеціалістів, що складається, але не обмежується, з лікаря, медичної сестри, соціального працівника (кейс-менеджера), консультанта за принципом «рівний–рівному».

6) Спеціалізована медична допомога дорослим та підліткам з діагнозом «ВІЛ-інфекція» надається через мережу спеціалізованих закладів, які повинні бути укомплектовані необхідним обладнанням та персоналом. На сьогодні спеціалізована медична допомога надається в обласних та міських центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, клініці ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України», кабінетах інфекційних захворювань та кабінетах «Довіра», інфекційних відділеннях, що спеціалізуються на лікуванні ВІЛ-інфекції.

7) Дотримання режиму прийому ліків, формування та підтримка прихильності до лікування є запорукою успіху лікування та розглядаються як невід'ємні складові програми АРТ. Пріоритетними заходами у цьому напрямку є: навчання пацієнтів, постійна допомога пацієнтам та контроль прихильності до лікування.

8) Залучення спільнот ЛЖВ до організації АРТ є вкрай важливим для забезпечення ефективності лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

9) Медичний супровід ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків, початок та проведення АРТ здійснюють відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого Наказом МОЗ України від 12.07.2010 № 551, зі змінами від 22.12.15.

10) Для АРТ застосовують оригінальні й генеричні антиретровірусні препарати, що відповідають вимогам якості, у тому числі ті, що включені до переліку Програми прекваліфікації ВООЗ.

Порядок організації надання АРТ здійснюється відповідно до Наказу МОЗ України від 10.07.2013 р. № 585 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ»:

- ✓ Головний лікар Центру (відділення) СНІДу відповідає за координацію та порядок надання АРТ, її децентралізацію, планування, моніторинг діагностики і лікування ВІЛ-інфекції, цільове використання та забезпечення запасу АРВП для безперервності АРТ в адміністративно-територіальній одиниці.
- ✓ АРТ надається ЗОЗ, що включені до переліку тих, які проводять АРТ у відповідній адміністративно-територіальній одиниці, та визначаються наказами структурних підрозділів охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій.
- ✓ АРТ призначається лікарями-інфекціоністами, які пройшли курси тематичного удосконалення щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти.
- ✓ АРТ проводиться за наявності письмової інформованої згоди пацієнта на проведення АРТ з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних та поваги до особистих прав і свобод громадян, визначених законодавством України.
- ✓ Видача антиретровірусних препаратів пацієнту здійснюється відповідно до вимог клінічних протоколів антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції з розрахунку на 1 місяць лікування, а при високій прихильності до лікування — з розрахунку на 3 місяці лікування.
- ✓ Для забезпечення процесу безперервної АРТ при зміні місця медичного нагляду лікарські засоби видаються пацієнту з розрахунку на 3 місяці лікування.
- ✓ У випадку відхилення від вказаних термінів в медичну карту амбулаторного хворого (форма 025/о) або медичну картку стаціонарного хворого (форма 003/о), форми яких затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, вноситься детальне обґрунтування прийнятого рішення.

При призначенні АРТ ВІЛ-інфікованим СІН слід пам'ятати про наступні особливості:

- ✓ СІН можуть продовжувати вживати нелегальні наркотики після призначення АРТ та разом з прийомом препаратів ЗПТ;

- ✓ СІН часто мають супутні захворювання, передусім психічні розлади, зокрема депресію та алкогольну залежність;
- ✓ взаємодія ліків набагато складніша, зокрема, АРВ-препарати можуть взаємодіяти між собою, з препаратами замісної терапії та нелегальними наркотиками;
- ✓ у зв'язку з низкою соціальних проблем (відсутність житла, роботи тощо) контакт з СІН зазвичай ускладнений;
- ✓ часто зустрічається ко-інфекція з вірусними гепатитами С та В і туберкульозом;
- ✓ проведення АРТ разом з антимікобактеріальною терапією потребує ретельного спостереження за пацієнтами через взаємодію рифампіцину та деяких АРВ-препаратів, необхідність прийому великої кількості таблеток, наявність токсичної дії препаратів, ризик розвитку СВІС;
- ✓ у СІН можливо, але значно важче досягти високого рівня прихильності, особливо при необхідності призначення одночасного лікування особам, хворим на туберкульоз або гепатит.

Склалося хибне уявлення, що СІН не можуть бути кандидатами для АРТ. Цю категорію пацієнтів помилково виключають з програм лікування, у той час як доведено, що:

- ✓ відсоток пацієнтів, які не дотримуються режиму лікування АРТ, однаковий серед СІН, які отримують ЗПТ, та інших груп пацієнтів;
- ✓ частота розвитку резистентності до АРВ-препаратів у СІН не вища, ніж у інших пацієнтів.
- ✓ СІН, які отримують кваліфіковану допомогу та адекватну підтримку досвідченого персоналу, здатні дотримуватися режиму АРТ та досягти таких же успішних клінічних результатів, що й ВІЛ-інфіковані пацієнти, які не вживають наркотиків. Зокрема, доведено, що участь у програмах ЗПТ із застосуванням метадону сприяє високій прихильності пацієнтів до АРТ.

У програмах замісної терапії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів застосовують як метадон, так і бупренорфін. З огляду на вплив метадону на метаболізм ізоферментів 2B6, 3A4 та 2D6 цитохрому Р (СYP) 450, можуть відбуватися фармакологічні ефекти і взаємодія з АРВП. Це може зменшувати ефективність однієї або обох терапій, зумовлюючи опіоїдний абстинентний синдром або передозування, підвищення токсичності метадону та/або зниження ефективності АРВ-препаратів.

Ефавіренз (EFV), невірапін (NVP) і лопінавір/ритонавір (LPV/r) пов'язані зі значущим зниженням рівнів метадону. Пацієнти і заклади лікування наркозалежності мають бути поінформовані про ймовірність цієї взаємодії. Клінічний ефект зазвичай спостерігається через 7 днів одночасного прийому препаратів і може бути подоланий шляхом збільшення дози метадону, як правило, на 5–10 мг щодня до досягнення бажаного ефекту.

Слід надавати перевагу АРВ-препаратам, які мають нижчий ризик печінкових або нейропсихіатричних побічних ефектів, прості схеми дозування та мінімальну взаємодію з метадоном, наприклад, Долутегравір (DTG).

3.2 Надання послуг з діагностики та лікування туберкульозу

3.2.1 Діагностика туберкульозу

Незважаючи на можливість профілактики та лікування туберкульозу, він є головною причиною ВІЛ-асоційованої смертності, зумовлюючи одну з п'яти смертей, пов'язаних з ВІЛ.

Ризик розвитку ТБ у 30 разів вищий серед людей, які живуть з ВІЛ, ніж серед тих, хто не має ВІЛ-інфекції. У 2012 році було здійснено оцінку 1,1 млн. випадків ТБ серед 35 млн. осіб, які живуть з ВІЛ, зі всього світу. Незалежно від їхнього ВІЛ-статусу, представники ключових груп населення, особливо споживачі ін'єкційних наркотиків та ув'язнені, зазнавали підвищеного ризику ТБ, включаючи ТБ з множинною лікарською резистентністю.

Щоб подолати туберкульоз серед людей, які живуть з ВІЛ, у тому числі з ключових груп населення, ВООЗ рекомендує пакет заходів співпраці щодо ТБ/ВІЛ. Цей пакет спрямовано на встановлення та посилення механізмів надання інтегрованих послуг щодо ТБ та ВІЛ, зменшення тягаря ТБ серед осіб, які живуть з ВІЛ, і тягаря ВІЛ серед пацієнтів з ТБ. Необхідно подолати перешкоди до профілактики та допомоги для ключових груп населення, щоб забезпечити їхній доступ до інтегрованих, клієнт-орієнтованих послуг, бажано в одному закладі, та посилити прихильність до лікування.

У 1995 році в Україні проголошена епідемія ТБ. Захворюваність стрімко зростала перевищила епідемічний поріг — 50 випадків на 100 тис. населення. В результаті послідовної реалізації загальнодержавних програм протидії захворюванню на ТБ досягнуто суттєвих позитивних зрушень щодо епідеміологічної ситуації. Водночас, на тлі поступової стабілізації епідемічного процесу, загрозу становить поширення МРТБ, тобто ТБ зі стійкістю до протитуберкульозних препаратів.

Одним із важливих проблемних питань є постійне підвищення рівня захворюваності та смертності від ко-інфекції ТБ/ВІЛ, оскільки з кожним роком збільшується кількість людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом. З 2001 року показники захворюваності та смертності від поєднаної інфекції зросли у 10 разів.

Інтеграція послуг у пацієнтів з опіоїдною залежністю та туберкульозом обумовлена низкою факторів, зокрема, хворі з ОЗ мають більший ризик захворіти на ТБ у порівнянні із загальним населенням, для них більш характерні відриви від лікування та його неефективність. Стигматизація з боку медичного персоналу негативно впливає на своєчасне звернення до лікувального закладу та утримання в лікуванні. Хворі з ОЗ, як правило, мають декілька патологій (ОЗ/ВІЛ/ТБ/ВГ/ІПСШ), що ускладнює лікування через побічні реакції та небажану взаємодію ліків.

Усі ВІЛ-інфіковані пацієнти, які перебувають на ЗПТ, мають бути обстежені щодо наявності або ризику розвитку туберкульозу, а усім хворим на туберкульоз потрібно запропонувати КіТ на ВІЛ.

Спеціалісти закладів інтегрованої допомоги повинні бути обізнані щодо діагностики, лікування, профілактики туберкульозу з метою надання кваліфікованих послуг та максимального їх наближення до пацієнта та володіти необхідним мінімумом знань та навичок.

Властивості мікобактерії туберкульозу (МБТ):

- ✓ Збудник ТБ поширюється повітряно-крапельним шляхом або у вигляді крапельних частинок, які утворюються при чханні, кашлі або під час розмови з хворим.
- ✓ Діаметр найдрібніших крапель, які містять інфекцію, складає 1–5 мікронів. Завдяки звичайному повітряному потоку вони можуть знаходитись у навколишньому середовищі протягом кількох годин.

- ✓ МБТ стійкі у зовнішньому середовищі: здатні витримати високі температури, кип'ятіння, заморожування, дію кислот, лугів та спиртів, проте вони гинуть під прямим сонячним промінням та при опроміненні ультрафіолетом.
- ✓ Вірулентність — здатність МБТ викликати захворювання. Вона залежить як від властивостей мікобактерії, так і від сприйнятливості (чутливості) інфікованого організму та переважно від стану його імунної системи.
- ✓ З початком протитуберкульозного лікування вірулентність МБТ, чутливих до протитуберкульозних препаратів, різко знижується через 1–2 тижні.
- ✓ Як правило, через 2–4 тижні після початку лікування припиняється бактеріовиділення МБТ, тобто хворий на ТБ стає незаразним для оточуючих.

До факторів, які впливають на підвищений ризик інфікування та які варто враховувати факхівцям, належать:

- Концентрація повітряно-крапельної інфекції, яка визначається кількістю мікроорганізмів, що потрапляють в оточуюче середовище.
- Інтенсивність вентиляції в приміщенні.
- Тривалість контакту.
- Характеристики хворого на ТБ, що впливають на кількість МБТ, які потрапляють в оточуюче середовище і таким чином збільшують ризик передачі інфекції. До таких можна віднести: розповсюдженість патологічного процесу в легенях та дихальних шляхах; наявність кашлю та його інтенсивність; наявність МБТ в мокротинні при мікроскопічному обстеженні; наявність порожнин розпаду в легенях, які видно на рентгенівських знімках; недотримання хворим гігієни кашлю: відсутність у особи звички прикривати рот і ніс під час кашлю або чхання; неадекватне лікування та лікування з частими перервами тощо.

Однією з інтервенцій, яка є ефективним методом зменшення можливості передачі інфекції, є «гігієна кашлю» — один з найпростіших, дешевих і найефективніших способів обмежити попадання мікобактерії в навколишнє середовище. З цією метою людині варто запропонувати хірургічну маску або носову хустинку.

Необхідно також враховувати *фактори середовища, які призводять до розповсюдження інфекції, зокрема:*

- ✓ контакт із хворим на ТБ в межах відносно невеликого закритого простору;
- ✓ тривалий контакт із хворим на ТБ (сімейний, виробничий);
- ✓ відсутність належної вентиляції, яка дає змогу «очистити» навколишнє середовище шляхом доступу чистого повітря або видалення крапельних часточок, що містять МБТ;
- ✓ відсутність можливості проведення знезараження повітря за допомогою бактерицидного опромінення.

«Сприятливими» до інфікування особами є пацієнти зі зниженим імунітетом (ВІЛ-інфекція, цукровий діабет), наявність захворювань, при яких хворі тривалий час отримують гормональні препарати (ревматоїдні хвороби, бронхіальна астма тощо).

Всі особи, які живуть з ВІЛ, при кожному контакті з медичним працівником повинні проходити регулярний скринінг за рекомендованим ВООЗ чотирисимптомним алгоритмом скринінгу туберкульозу, який включає наявний кашель, лихоманку, нічну пітливість і втрату ваги. Такий скринінг дозволяє визначити показання до ПЛІ шляхом виключення ймовірності активного ТБ, встановити осіб, як потребують подальшої діагностики та лікування ТБ.

Необхідні дії медичного працівника:

1. **Активне виявлення ТБ в групах ризику** шляхом проведення скринінгового анкетування та скерування для подальшого флюорографічного обстеження пацієнтів із підозрою на ТБ (**Додаток №1**).
2. **Пасивне виявлення ТБ** — при зверненні громадян до медичних закладів за будь-якою медичною допомогою при наявності симптомів, що можуть свідчити про ТБ за результатами клінічного скринінгу (продуктивний кашель із виділенням мокротиння, що триває понад 2 тижні, втрата маси тіла, підвищення температури тіла, спітіння вночі, кровохаркання, біль в грудній клітці).
3. **Цілеспрямований збір анамнезу:** за прямими ознаками (є відомості про наявність хворого на ТБ в оточенні або хворих на ТБ тварин); за непрямыми ознаками (наявність осіб, які кашляють; наявність у родині осіб із хронічними бронхо-легеневими захворюваннями; випадків смерті від легеневого захворювання; літніх людей із залишковими післятуберкульозними змінами; осіб, звільнених з місць позбавлення волі; осіб, які страждають на алкоголізм, наркотичну залежність; осіб, які тимчасово проживають у родині з регіонів, неблагополучних щодо ТБ). Обов'язковим є врахування факторів, симптомів та груп ризику щодо розвитку ТБ (**Додатки №№ 2, 3, 4**).
4. **Клінічні методи:** визначення скарг, які відповідають інтоксикаційному і бронхо-легенево-плевральному синдромам та збирання анамнезу (контакт із хворими на ТБ, захворювання на ТБ у минулому, визначення факторів ризику щодо ТБ) для проведення скринінгового анкетування на ТБ.
5. **Фізикальне обстеження:** огляд, перкусія, пальпація, аускультация.
6. **Обов'язкове консультування та тестування на ВІЛ пацієнтів з підозрою на ТБ або з підтвердженим випадком захворювання.**
7. Скерування до лікаря-фтизіатра пацієнтів, хворих на ТБ.
8. Інформування населення щодо профілактики, виявлення та лікування ТБ.
9. Участь у проведенні оздоровчих заходів та відстеженні контактів у осередках ТБ (**Додаток № 5**).
10. Забезпечення впровадження заходів з інфекційного контролю за ТБ (**Додаток №6**).

Одним із основних скринінгових методів діагностики туберкульозу серед дорослих та дітей старше 15 років є флюорографічне обстеження, яке проводиться в рамках профілактичних оглядів, що визначаються Наказом МОЗ України від 04.09.2014 № 620.

Співробітник закладу інтегрованої допомоги повинен пояснити пацієнту правила збирання мокротиння і домогтися правильного виконання цієї процедури.

Мокротиння має збиратися за умов дотримання суворих умов інфекційного контролю. Потрібно отримати спонтанно виділене мокротиння; в іншому разі слід використовувати індукцію мокротиння, або скеровувати хворого на другий рівень медичної допомоги для отримання бронхоальвеолярного лаважу. Правила збирання мокротиння див. у Додатку №7.

Діагноз «Туберкульоз» в осіб з підозрою на нього далі підтверджують (або скасовують) у спеціалізованих протитуберкульозних закладах (спеціалізованих структурних підрозділах закладів охорони здоров'я) вторинної/третинної медичної допомоги на підставі лабораторних даних (позитивний результат мікроскопії мазка мокротиння на КСБ, культурального дослідження, молекулярно-генетичних методів), клінічних симптомів та/або рентгенологічних, та/або морфологічних даних (біопсія ураженого органу).

3.2.2 Лікування туберкульозу

Лікування хворих на ТБ здійснюється відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», затвердженого Наказом МОЗ України від 04.09.2014 № 620 та Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД), затвердженого Наказом МОЗ України від 31.12.2014 № 1039.

Лікування ТБ включає стандартизований режим прийому антибіотиків упродовж як мінімум 6 місяців, незалежно від ВІЛ-статусу.

Завершення лікування ТБ критично важливе для скорочення смертності та запобігання розвитку й поширенню ТБ з множинною лікарською резистентністю.

Життєво важливо створити підтримувальне, неосуджувальне та недискримінаційне оточення, що надасть можливість особам з ключових груп населення закінчити лікування, забезпечить додаткові заходи щодо підтримання прихильності до лікування для покращення його результатів і скоротить ризик продовження передачі ВІЛ.

Лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які страждають на туберкульоз, є досить складною проблемою.

У випадках, коли ВІЛ-інфекція та активна форма туберкульозу діагностуються одночасно, розпочинати АРТ рекомендується через 2–8 тижнів після початку протитуберкульозного лікування для досягнення доброї переносимості антимікобактеріальної терапії, розрізнення побічних ефектів АРВП та антимікобактеріальних препаратів і зменшення ризику розвитку СВІС.

Лікування туберкульозу проводять під безпосереднім наглядом медичного персоналу.

Загальні підходи до лікування ТБ/ВІЛ:

1. Лікування хворих на ТБ/ВІЛ розпочинають з призначення протитуберкульозної терапії.
2. Лікування ТБ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів проводиться за тими ж схемами та тривалістю, що і у ВІЛ-негативних пацієнтів.
3. Якщо пацієнт вже отримує АРТ, її продовжують, а за необхідності проводять корекцію лікування з урахуванням особливих ситуацій (сумісності АРВ-препаратів, протитуберкульозних препаратів, препаратів ЗПТ).
4. Призначення АРТ усім хворим на ТБ/ВІЛ здійснюється незалежно від кількості CD4-клітин і підвищує ефективність лікування цих хворих.
5. Профілактичне лікування ко-тримаксозолом усіх хворих на ТБ/ВІЛ здійснюється незалежно від кількості CD4-клітин.
6. Усі дорослі з ВІЛ, які закінчили лікування чутливого ТБ, мають пройти шестимісячний курс профілактичного лікування ізоніазидом після завершення основного курсу лікування.

Критично важливим є проведення ефективного антимікобактеріального лікування туберкульозу при застосуванні АМБТ разом з АРТ.

Проведення АРТ разом з АМБТ потребує ретельного спостереження за пацієнтами через:

- ✓ взаємодію рифампіцину та деяких антиретровірусних препаратів;
- ✓ необхідність прийому великої кількості таблеток;
- ✓ важливість досягнення високої прихильності до лікування;

- ✓ наявність токсичної дії препаратів;
- ✓ ризик розвитку синдрому відновлення імунної системи.

За даними ВООЗ, профілактичне лікування ізоніазидом (ПЛІ) знижує ризик виникнення активно-го захворювання на туберкульоз на 60–90%, тому ВООЗ рекомендує призначення ПЛІ пацієнтам з ВІЛ-інфекцією. Режими та тривалість ПЛІ можуть бути різними. Основною умовою для призначення ПЛІ є виключення активної фази захворювання на туберкульоз [24].

3.3 Репродуктивне здоров'я

Представники ключових груп населення, незалежно від ВІЛ-статусу, повинні мати можливість доступу до низки послуг з репродуктивного здоров'я.

Жінки та чоловіки з ключових груп населення повинні мати такі ж права на репродуктивні послуги, які і решта населення. Їм важливо мати доступ до послуг планування сім'ї та інших послуг щодо репродуктивного здоров'я, включаючи профілактику, скринінг та лікування раку репродуктивних шляхів.

Послуги із збереження репродуктивного здоров'я включають консультування щодо реалізації репродуктивних планів, безпечної сексуальної поведінки, планування сім'ї; діагностику та лікування захворювань і порушень статевої сфери, репродуктивних органів, безпліддя; впровадження допоміжних репродуктивних технологій і т. ін. Ці питання для обговорення повинні стати частиною первинного рутинного консультування. Консультувати щодо репродуктивного здоров'я мають право лікарі — акушери-гінекологи, урологи, андрологи, терапевти, сімейні лікарі та інші фахівці у межах своєї компетенції.

Контрацепція — це послуга, яку часто ігнорують стосовно ключових груп населення. Важливо, щоб медичні працівники наполегливо пропонували використовувати подвійний захист усім особам найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ: або користування презервативами одночасно з іншими методами, або постійне і правильне користування лише презервативами. Обидві стратегії критично важливі щодо запобігання передачі ВІЛ до неінфікованих партнерів і для захисту від інфікування ІПСШ.

Суттєвим компонентом допомоги ВІЛ-інфікованим жінками дітородного віку є безпечні та ефективні послуги щодо репродуктивного здоров'я та планування сім'ї для зниження рівня небажаної вагітності та перинатальної передачі ВІЛ. Незалежно від застосування ВІЛ-інфікованими жінками гормональних контрацептивів, їм необхідно радити постійно використовувати презервативи під час сексу та дотримуватися вірусологічно ефективної схеми АРТ.

Існують *особливості щодо одночасного використання препаратів АРВ-терапії та гормональних контрацептивів*.

- ✓ В результаті фармакокінетичної взаємодії може зменшитися ефективність контрацептивів.
- ✓ Схеми на основі деяких інгібіторів протеази (ІП) та ефавірензу (EFV) взаємодіють з комбінованими пероральними контрацептивами. Це передбачає зниження або підвищення у крові рівнів етинілестрадіолу, норетиндрону або норгестимату, що потенційно знижує ефективність контрацептивів або підвищує побічні ефекти, пов'язані з естрогеном або прогестином (напр., тромбоемболію). EFV може знизити біодоступність етоногестролу та концентрації в плазмі прогестину в КПК. Деякі ІП знижують рівні естрадіолу пероральних контрацептивів.
- ✓ Дослідження ВІЛ-інфікованих жінок, які отримували одночасно ін'єкційний контрацептив депо-медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) та АРТ, не показали жодної значущої взаємодії між ними.

- ✓ Повідомлялося про контрацептивну невдачу контрацептивного імпланту етоногестролу в жінок, які приймають АРТ на основі EFV. У двох дослідженнях було встановлено нижчу дію левоноргестрелу та етоногестролу, які виділялися з імпланта, коли їх комбінували з АРТ на основі EFV.

Побоювання щодо взаємодії між пероральними контрацептивами чи гормональними контрацептивами-імплантами та АРВ-препаратами не повинно утримувати лікарів від призначення гормональних контрацептивів жінкам, які перебувають на АРТ, якщо вони надають перевагу цьому методу контрацепції. Проте рекомендовано знайти інший або додатковий ефективний метод контрацепції, якщо існує значна взаємодія між гормональними контрацептивами та АРВ-препаратами

Скринінг та лікування раку шийки матки проводять для виявлення як власне раку, так і змін шийки матки, які є його передвісниками, а також для належного лікування.

Жінки, які живуть з ВІЛ, зазнають підвищеного ризику інфікування папіломавірусом людини (ПВЛ) та пов'язаних з ним новоутворень, включаючи внутрішньоепітеліальну неоплазію класу 2 або 3 та інвазивну цервікальну карциному. Встановлено, що рівень їх поширеності зростає разом з підвищенням імуносупресії.

В осіб, інфікованих ВІЛ, як мінімум у 20 разів вища ймовірність діагностувати анальний рак, ніж у неінфікованих осіб. Подібно до раку шийки матки, анальний рак пов'язаний з папіломавірусом людини. Можна проводити скринінг на анальний рак та його передвісники, відомі як анальні сквамозні внутрішньоепітеліальні пошкодження високого класу ризику, особливо серед чоловіків, які мають секс із чоловіками, трансгендерів та інших осіб з ключових груп населення, котрі з більшою ймовірністю практикують анальний секс.

Важливо, щоб усі жінки з ключових груп населення мали таку ж підтримку та доступ до послуг у зв'язку із зачаттям і вагітністю, як і жінки з інших груп.

Жінкам із *серодискордантних пар*, які хочуть завагітніти та мати дитину, слід надавати інформацію та підтримку, щоб допомогти їм якомога безпечніше завагітніти.

ВІЛ-інфіковані та неінфіковані жінки, які хочуть завагітніти з (відповідно) неінфікованим або ВІЛ-інфікованим чоловіком-партнером, повинні бути поінформовані про *варіанти запобігання передачі ВІЛ при спробах зачаття*, а саме:

- скринінг та лікування обох партнерів від інфекцій, що передаються статевим шляхом;
- прийом АРТ для максимального пригнічення та утримання вірусного навантаження інфікованого партнера;
- застосування доконтракної профілактики неінфікованим партнером (на час написання посібника дане питання в Україні не було врегульовано нормативною базою);
- чоловіче обрізання та/або самозапліднення спермою неінфікованого партнера під час преовуляторного періоду у ВІЛ-інфікованої жінки.

Найбільш уразливим періодом розвитку плоду є ранні терміни вагітності, до моменту її встановлення. Застосування ефавірензу після перших 8 тижнів вагітності виявилось безпечним.

Усі вагітні жінки дорослого та підліткового віку з ключових груп населення, які живуть з ВІЛ, повинні отримувати належне лікування та догляд щодо ВІЛ для запобігання *передачі ВІЛ від матері до дитини*.

У жінок-СІН, які починають отримувати ЗПТ або проходити реабілітацію, відновлюється репродуктивна функція, і вони можуть завагітніти. Ані вживання наркотиків в анамнезі, ані ВІЛ-статус не є показаннями до переривання вагітності, у цих жінок можуть народжуватися цілком здорові діти. Більше того, не дозволяється схилити ВІЛ-інфіковану вагітну до штучного переривання ва-

гітності. Тому заклади, в яких надаються послуги жінкам-СІН, повинні бути готовими надавати допомогу своїм пацієнткам у разі настання вагітності.

Ведення вагітних до пологів наразі є прерогативою акушерсько-гінекологічної служби, але якщо жінка під час вагітності продовжує на регулярній основі відвідувати інший ЗОЗ (центр СНІДу, програму ЗПТ, сімейну амбулаторію), цей заклад, зі свого боку, може сприяти своєчасному проходженню жінкою необхідних обстежень (у тому числі й на своїй базі) та реагувати у разі виникнення ускладнень. При цьому необхідно чітко координувати всі заходи із жіночою консультацією, в якій вагітна перебуває на обліку та в якій зберігається її документація, і своєчасно надавати туди результати обстежень.

Якщо в непрофільному ЗОЗ діагностують вагітність і можуть забезпечити жінці більш зручний графік та умови проходження обстежень на своїй базі, слід налагодити співпрацю із жіночою консультацією та визначити межі відповідальності закладів і механізм взаємодії. Заповнення індивідуальної карти вагітної і породіллі (форма № 111/о) та обмінної карти (форма № 113/о) є завданням лікаря жіночої консультації.

Під час вагітності дуже важливо якомога раніше провести обстеження на ВІЛ-інфекцію з метою своєчасного забезпечення відповідною профілактикою.

Тестування проводиться під час постановки на облік та повторно (у разі негативного першого результату в термін гестації 20–24 тижні); у разі негативного результату проводиться третє обстеження на 32–36 тижнях вагітності або під час пологів з використанням швидких (експрес) тестів. Показанням до проведення тестування є наступні випадки: вагітна відноситься до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, вагітна з серодискордантною пари.

Невід'ємним компонентом надання послуг вагітним є проведення об'єктивних, інструментальних та лабораторних обстежень. Види та періодичність їх проведення передбачені профільними протоколами [84].

Прийом АРТ рекомендований всім ВІЛ-інфікованим вагітним жінкам, незалежно від вірусологічних, імунологічних або клінічних показників, насамперед для їхнього власного здоров'я і запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини.

ВІЛ-інфікованих вагітних необхідно проконсультувати щодо відомих переваг і ризиків застосування препаратів АРТ під час вагітності для матері, плоду і новонародженої дитини.

Після пологів необхідно продовжувати клінічний, імунологічний та вірусологічний нагляд відповідно до рекомендацій для невагітних дорослих та підлітків. Оскільки прийом АРТ матер'ю зменшує, але не усуває ризик передачі ВІЛ-інфекції в грудному молоці, а післяпологова передача ВІЛ може відбутися незважаючи на АРТ, жінок необхідно проконсультувати щодо недопущення грудного вигодовування. ВІЛ-інфіковані жінки не повинні попередньо жувати їжу і годувати нею своїх немовлят, тому що ця практика пов'язана з передачею ВІЛ від матері до дитини [55].

АРТ на сьогодні рекомендовано всім ВІЛ-інфікованим особам, тому жінка повинна продовжувати терапію після пологів [87].

Пріоритетним підходом до лікування опіоїдної залежності серед вагітних є початок або продовження ЗПТ як найефективнішого методу залучення наркозалежних жінок до допологової медичної допомоги та зменшення негативних неонатальних наслідків, у тому числі дитячої смертності. Допологова допомога має надаватися у тісній співпраці з акушерським персоналом, який спеціалізується на веденні пацієнток, що вживають наркотики. Період планування або ведення вагітності потрібно сприймати як вікно можливостей для жінок, які споживають наркотики ін'єкційно, в тому числі опіоїди, залучаючи їх до системи медичного догляду та адресуючи одночасно декілька потенційно проблемних питань — залежність, перебіг пологів, наявність супутніх інфекційних захворювань та психічних розладів, що вимагає виключної координації зусиль медперсоналу та фахівців, що здійснюють соціальний супровід.

Первинний скринінг повинен відбуватися на етапі першого звернення за допомогою та супроводжуватися збором історії вживання наркотичних речовин за допомогою профілактичного питальника для роботи з вагітними «АССИСТ» (*Додаток №9*). За його результатами вагітній призначається консультація лікаря-нарколога, який надає медичну допомогу згідно з чинними протоколами («Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «наркологія», Наказ МОЗ України від 21.09.2009 № 681.). У випадку виявлення розладу «Синдром залежності від опіоїдів» необхідно запропонувати участь в замісній підтримувальній терапії.

Відповідно до існуючих даних, метадон та бупренорфін не спричиняють жодного тератогенного ефекту, в той час як перебування поза програмою та вживання наркотичних речовин під час вагітності негативно впливає на самопочуття майбутньої матері, розвиток плоду, перинатальні наслідки та індивідуальний розвиток у довгостроковій перспективі [15, 21, 30, 31].

Вибір препарату ЗПТ, а також необхідність його заміни для жінок які планують або перебувають у стані вагітності, повинен мати індивідуальний характер, виходячи з потреб пацієнтки, беручи до уваги рекомендації щодо утримання від переведення з метадоноу на бупренорфін під час вагітності через ризик виникнення ознак синдрому відміни.

Використання метадоноу для стабілізації перебігу вагітності у наркозалежних жінок бере свій початок ще з 70-х років 20-го століття, що дозволило сформувати значну доказову базу щодо ефективності такого лікування та його позитивних наслідків. Певні застереження у використанні бупренорфіну пов'язані, в першу чергу, з відносною «молодістю» препарату та меншою поширеністю у порівнянні з метадоном.

Сучасні дослідження свідчать, що частка жінок, які мали синдром відміни на момент пологів та потребували фармакотерапії, як серед пацієнток, що отримували метадон, так і серед тих, хто вживав бупренорфін, є приблизно однаковою (57% та 47% відповідно). В той же час, прояви синдрому відміни під час пологів були менш гострими у дітей тих матерів, які приймали бупренорфін. Як наслідок, такі новонароджені потребували менших доз морфіну у відповідь на синдром відміни, і менш тривалого курсу лікування (у середньому 10 днів для бупренорфіну та 17,5 днів для метадоноу). Разом з тим, слід зазначити, що потрібно утриматися від призначення комбінованих препаратів бупренорфін+налоксон пацієнтам, оскільки вплив тривалого вживання налоксону на розвиток плоду вивчений недостатньо [5].

Для вагітних жінок середня добова доза препаратів ЗПТ не відрізняється від дози в періоди поза вагітністю. Підбір дозування повинен виконувати наступні завдання: попереджувати прояви синдрому відміни, максимально знижувати потяг до вживання нелегальних наркотиків та створювати стабілізуючий ефект. Протягом другого та третього триместру вагітності може виникнути потреба збільшення дози препарату, оскільки в цей період підвищується метаболізм та збільшується об'єм циркулюючої крові в організмі. Якщо жінка отримує метадон, то під час цього періоду корисним буде ділити добову дозу на дві частини та приймати препарат через кожні 12 годин [40].

Після пологів (за потреби) потрібно провести коригування дози у бік зменшення, відповідно до показань. Це дозволено лише при стабільному перебігу пологів, за наявності відповідної стійкої мотивації пацієнтки та за умови забезпечення пильного моніторингу стану та недопущення проявів синдрому відміни. Враховуючи той факт, що протягом першого триместру детоксикація підвищує ризик викидня, а протягом третього — ризик виникнення респіраторного дистрес-синдрому і передчасних пологів, детоксикацію або зниження дози, за потреби, слід проводити протягом другого триместру. За умови виникнення рецидиву після завершення ЗПТ під час пологів — необхідно провести повторну індукцію.

Під час моніторингу перебігу вагітності слід також звернути увагу на одночасне вживання інших психоактивних речовин, в тому числі алкоголю, яким часто супроводжується перебування на ЗПТ, та бензодіазепінів, що може ускладнити симптоми синдрому відміни у новонароджених та нести додаткові ускладнення для здоров'я матері й розвитку плоду.

Після пологів діти мають перебувати під медичним наглядом для забезпечення належного спостереження за синдромом відміни, вадами розвитку та відповідними порушеннями. Особливо важливим є розвиток дитини до однорічного віку.

Симптоми синдрому відміни, як найпоширеніший наслідок, починають проявлятися протягом перших двох діб після пологів, але також можуть наставати із запізненням до двох тижнів. Природа появи синдрому не є достатньо вивченою і не має прямого зв'язку ані з препаратом замісної терапії, ані з дозою лікування та, ймовірно, залежить від ряду супутніх факторів, в тому числі особливостей метаболізму материнського організму.

Першими ознаками необхідності призначення терапії є напади, лихоманка, розлади сну, втрата ваги, дегідратація тощо. Новонароджені з синдромом відміни можуть отримувати як підтримуюче лікування опіоїдами, так і з використанням інших седативних лікувальних засобів.

Слід пам'ятати, що опіоїдні препарати можуть призводити до пригнічення дихальної функції, тому призначення додаткових седативних препаратів має бути дуже виваженим.

Під час грудного вигодовування незначна кількість метадону чи бупренорфіну виділяються разом з грудним молоком, що не справляє серйозного впливу на новонародженого [29].

Засвоєння бупренорфіну новонародженим через грудне молоко є мінімальним, проте через відсутність значної доказової бази щодо його впливу на розвиток дітей, жінкам, які проходять терапію цим препаратом, слід особливо уважно ставитися до грудного вигодовування. ВООЗ рекомендує заохочувати наркозалежних жінок до грудного вигодовування через притаманні йому переваги, звісно, за виключенням ВІЛ-позитивних матерів та тих, хто продовжує зловживати іншими психоактивними речовинами, в тому числі алкоголем.

3.4 Загальне здоров'я

Послуги з діагностики та лікування соматичних захворювань серед споживачів ін'єкційних наркотиків та пацієнтів ЗПТ надаються відповідно до діючих стандартів та протоколів та в такому ж об'ємі, як для загального населення.

Враховуючи структуру системи охорони здоров'я в Україні та законодавчо закріплену логіку медичного маршруту будь-якого (спираючись на Закон «Основи законодавства України з охорони здоров'я»), пацієнти мають отримувати різнопланову медичну допомогу у разі проблем із загальним здоров'ям. Цей шлях починається з сімейного лікаря, який в амбулаторних умовах або за місцем проживання пацієнта проводить консультації, діагностику та лікування найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, патологічних та фізіологічних (під час пологів) станів, здійснює профілактичні заходи, за необхідності скеровує пацієнта до закладів спеціалізованої (вторинної) та високоспеціалізованої (третинної медичної допомоги), надає невідкладну медичну допомогу у разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної чи третинної медичної допомоги.

СІН можуть мати різну супутню патологію, але найчастіше зустрічаються легеневі захворювання (бронхіти, пневмонія), судинна патологія (тромбофлебіти, трофічні виразки), неврологічні розлади, захворювання ротової порожнини. Окрім цього, якщо пацієнти починають отримувати лікування від туберкульозу, ВІЛ чи ВГ, вони стикаються з побічною дією препаратів. У зв'язку з вищезазначеним, вкрай актуальною послугою для СІН та пацієнтів ЗПТ є консультації спеціалістів — терапевта, невролога, хірурга, судинного хірурга та ін. Для діагностики супутніх захворювань необхідно виконати низку лабораторних та інструментальних методів обстеження.

Регулярне, часто по кілька разів на день, порушення цілісності шкіри та проникнення до кровноносної системи під час ін'єкцій неминуче призводить до заподіяння шкоди. Безліч чинників мо-

жуть бути фактором ризику — це і ін'єкційні практики (часто за відсутності необхідних навичок та засобів контролю) сама наркотична речовина, що може містити домішки, в тому числі і нерозчинні, кислоти в якості розчинника, вибір ін'єкційного обладнання, вибір місця проведення ін'єкції і здоров'я вен, тривалість прийому тощо.

За даними 2015 року, кожен третій споживач ін'єкційних наркотиків в Англії, Уельсі, Північній Ірландії мав абсцеси, запалення або відкриті рани протягом останнього року, при цьому жінки повідомляють про подібні випадки частіше (38%), ніж чоловіки (31%).

Захворювання, які викликані токсинами, що виділяються спорогенними бактеріями (наприклад, ботулізм), продовжують викликати проблеми у людей, що вживають ін'єкційні наркотики. Так, бактерії ботулізму (*clostridium botulinum*), знаходячись у навколишньому середовищі, можуть через забруднені наркотичні речовини потрапляти до тканин в місцях ін'єкцій і спричиняти тяжкі наслідки.

Це стосується і інфекцій, викликаних золотистим стафілококом та стрептококами групи А. Дані епідагляду за захворюваннями, викликаними метицилін-чутливим і метицилін-стійким золотистим стафілококом, показують, що в 2015 році, відповідно 11% та 9% випадків були пов'язані із вживанням ін'єкційних наркотиків.

Інфекції м'яких тканин у людей, що вживають ін'єкційні наркотики, залишаються значною проблемою й обтяжуються пізнім зверненням за допомогою, що призводить до того ж до тривалої госпіталізації та хірургічних втручань. Більшості з цих випадків можна запобігти за рахунок впровадження мінімальних заходів зі зменшення шкоди та інформування пацієнтів щодо більш безпечних практик вживання наркотиків і своєчасного звернення за лікуванням.

За можливості, фахівці повинні оглядати загальні місця ін'єкцій, такі як руки і пах. Якщо інфекція присутня, то поверхневі інфекції без ознак глибокого проникнення повинні лікуватися відповідно до практик лікування антибіотиками. Пахові інфекції можуть проникати глибше в тканини та потребувати більш ретельного огляду. Рекомендується також уважно стежити за системними бактеріальними інфекціями. Типові симптоми тахікардії, гіпотонії і зниженого капілярного наповнення, на перший погляд, можуть сприйматись як медичним працівником, так і самим пацієнтом як ознаки синдрому відміни, але слід пам'ятати, що СН піддаються більш високому ризику розвитку флегмон і сепсису.

Пахові ін'єкції призводять до пошкодження нижньої венозної системи споживачів, що, як наслідок, може спричинити хронічну венозну недостатність та, на термінальній стадії хвороби, призвести до смерті. Ризик тромбозу глибоких вен серед СН у 100 разів більший, ніж в загальній популяції з поширеністю близько 14%.

У жінок у віком 16–70 років, які були госпіталізовані з тромбозом вен, в 20% випадків причиною було внутрішньовенне вживання наркотиків. Цей показник зріс до 52% для осіб у віці до 40 років. За результатами іншого дослідження, серед 109 пацієнтів, що потрапили у відділення невідкладної допомоги, третина були наркоспоживачами.

Тромбоз вен в результаті внутрішньовенного вживання наркотиків має певні особливості порівняно з випадками, які були викликані іншими причинами. Він здебільшого локалізується в стегновій вені (частіше правій, ніж лівій) і, ймовірно, легше клінічно діагностується. Окрім того, вживання наркотиків є першочерговою причиною тромбозу глибоких вен у молодих пацієнтів.

Раннє лікування за активної участі фахівців первинної ланки має важливе значення для попередження розвитку захворювань.

3.5 Вірусні гепатити

3.5.1 Діагностика вірусних гепатитів

Надання послуг з діагностики, лікування та профілактики ВГ — актуальний та невід’ємний компонент у системі надання інтегрованих послуг для СІН, особливо для тих, які живуть з ВІЛ.

Актуальність надання цих послуг зумовлена значною поширеністю вірусних гепатитів В і С у середовищі ВІЛ-позитивних СІН.

За даними різних авторів, поширеність гепатитів серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів варіюється від 33% до 60%, а серед осіб, що вживають наркотичні речовини внутрішньовенно, може перевищувати 80%. В результаті взаємного впливу ВІЛ та ВГ у ко-інфікованих пацієнтів спостерігаються серйозні клінічні наслідки.

Наявність ко-інфекції ВІЛ у хворих на хронічні гепатити В і С підвищує швидкість прогресування ураження печінки у 4-5 разів порівняно з пацієнтами з моноінфекцією ВГВ або ВГС та збільшує показники смертності пацієнтів з ВІЛ/СНІД внаслідок розвитку термінальних стадій захворювання печінки у 10 разів.

Доведено, що АРТ значно уповільнює прогресування захворювань печінки і формування цирозу та, відповідно, зменшує смертність пацієнтів з ко-інфекцією. З іншого боку, наявність супутнього ураження печінки вірусної етіології у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією ускладнює проведення АРТ та обмежує вибір препаратів через підвищений ризик розвитку реакцій гепатотоксичності. Очевидно, що ведення пацієнтів з ко-інфекцією ВГВ і ВГС/ВІЛ має певні особливості, як з точки зору проведення АРТ, так і специфічного лікування гепатитів.

В умовах розширення доступу до антиретровірусної терапії, що суттєво подовжує тривалість життя ЛЖВ, захворювання печінки виходять на провідне місце в структурі причин смертності ВІЛ-інфікованих, оскільки інфекція обтяжує перебіг хронічного гепатиту С і прискорює його прогресування в цироз і рак печінки. Цей вплив опосередкований підвищенням ризику розвитку реакцій гепатотоксичності та обмеженим вибором, за наявності хронічного прогресуючого захворювання печінки, лікарських засобів для терапії ВІЛ-інфекції, опортуністичних інфекцій, супутніх захворювань та ускладнень.

Інтегрований підхід щодо подолання вірусного гепатиту серед ключових груп населення включає профілактику, скринінг, вакцинацію проти вірусу гепатиту В, лікування та догляд.

Обсяги медичної допомоги та питання її якості регулюються клінічними протоколами.

Скринінг на виявлення ВГ може проводитись у різноманітних умовах з метою наближення послуги до споживачів — не лише в ЗОЗ, але й в мобільних амбулаторіях, а також НУО, що надають послуги цільовій групі. Наразі не існує обмежень щодо типів ЗОЗ, у яких може проводитися обстеження з метою діагностики ВГ.

Обстеження є добровільним, тому для розуміння пацієнтами важливості цих досліджень потрібно проводити інформаційну роботу.

Під скринінгом на ВГ зазвичай розуміють дослідження на наявність антитіл до ВГС (анти-ВГС), антитіл до ВГВ (HBsAg) або маркерів ВГВ (анти-HBcor).

Протокол з діагностики та лікування гепатиту С передбачає, що періодичність обстежень для СІН повинна становити один раз на два роки, але, беручи до уваги можливість продовження ризикованої поведінки, обстеження можна проводити щороку або, за необхідності, частіше (у разі наявності клінічних симптомів). Для уточнення діагнозу ВГ потрібно провести низку лабораторних (вірусологічних, імунологічних, біохімічних), а іноді й інструментальних досліджень.

Вони необхідні для визначення типу вірусу, стадії захворювання, тактики лікування та прогнозу. Клінічні протоколи докладно описують алгоритм діагностичної процедури ВГ.

Скринінг на наявність анти-ВГС, HBsAg або анти-HBcor може здійснюватися за допомогою імунологічного обстеження в лабораторії або швидких тестів. Організація цих видів обстежень не відрізняється від організації інших досліджень, що мають переданалітичний та аналітичний етапи.

Для уточнення діагнозу застосовують клінічні (фізикальне обстеження на наявність гепато- та спленомегалії; позапечінкових проявів, ознак цирозу печінки, симптомів печінкової недостатності), вірусологічні (визначення РНК ВГС або ДНК ВГВ за допомогою ПЛР якісним та кількісним методами, визначення генотипу вірусу), біохімічні (аланінамінотрансфераза (АлАТ), гама-глутамілтрансфераза (ГГТ), лужна фосфатаза (ЛФ), білірубін, альбумін, протромбіновий індекс (ПТІ) тощо), інструментальні (УЗД) та гістологічні (біопсія печінки) методи. Кожне із цих обстежень можна організувати за різними варіантами залежно від наявності лабораторних потужностей, тест-систем і додаткового обладнання. Усі лабораторні дослідження мають переданалітичний та аналітичний етапи. Варто пам'ятати, що для кожного з досліджень варіант упровадження обирається незалежно від інших обстежень (тобто якісь дослідження можуть бути організовані на базі закладу, інші — шляхом співпраці з іншою лабораторією). УЗД, біопсія або неінвазивні методи оцінки ступеню фіброзу печінки також має декілька варіантів упровадження, які можуть бути виконані безпосередньо в одному закладі або шляхом переадресації.

3.5.2 Лікування вірусних гепатитів

Ефективне лікування вірусних гепатитів — важливий фактор для збільшення тривалості та покращення якості життя пацієнтів.

Лікування також дозволяє усунути негативний прискорюючий вплив гепатиту на перебіг ВІЛ-інфекції. Методика лікування ВГ описана у відповідних клінічних протоколах. Перед початком лікування слід виключити протипоказання, такі як вагітність, зловживання алкоголем, некомпенсований цироз печінки, серцеву недостатність. Основою лікування є призначення протівірусних препаратів за схемою, залежно від етіології, генотипу збудника та клінічного перебігу захворювання. Також призначаються додаткові препарати для корекції побічних дій та інших симптомів. Обов'язковим компонентом лікування є моніторинг його ефективності. У зв'язку з тривалим характером терапії доцільною є робота з підвищення прихильності пацієнта до лікування.

Призначити лікування ВГ може лікар, який пройшов відповідну спеціалізовану підготовку — інфекціоніст, гастроентеролог або сімейний лікар.

Окрім лікаря, який безпосередньо відповідає за лікування, для додаткових обстежень і виключення протипоказань пацієнти можуть бути направлені на консультації інших спеціалістів — психіатра, нарколога, невролога, кардіолога тощо. Якщо таких фахівців у закладі немає, залучення необхідного консультанта може відбуватися шляхом переадресації. Відповідно до клінічних протоколів, перед призначенням протівірусних препаратів потрібно виключити протипоказань. Для цього призначають:

- ✓ електрокардіографію,
- ✓ оцінку статусу щодо психічних розладів і залежності від наркотичних речовин,
- ✓ біохімічні дослідження,
- ✓ визначення стану щитоподібної залози,
- ✓ тест на вагітність тощо.

Після призначення терапії основою моніторингу ефективності лікування ВГ є оцінка вірусологічної відповіді за допомогою дослідження на вірусну ДНК або РНК. Також призначаються для

контролю стану здоров'я та визначення побічних дій препаратів інші види досліджень згідно з протоколами.

Важливою умовою ефективності терапії ВГ є прихильність пацієнта до лікування. Первинна робота у цьому напрямі є невід'ємною частиною роботи лікаря, який призначає терапію, медсестри або соціального працівника; така робота здійснюється паралельно під час консультування або видачі терапії. Поглиблені заходи з прихильності можуть бути забезпечені через співпрацю з НУО за тими ж механізмами, що й інші види психосоціальної роботи.

Лікування вірусного гепатиту В (ВГВ)

Кінцева мета лікування ко-інфекції ВІЛ/ВГВ така ж, як і при моноінфекції: запобігання прогресуванню захворювання для зниження захворюваності та смертності.

Загалом лікування ВГВ призначається пацієнтам з активною фазою захворювання.

Анти-ВГВ терапія призначена при збільшеному вмісті АЛТ та вмісті ДНК ВГВ > 2000 МО/мл, або за наявності значного фіброзу.

Лікування необхідне також пацієнтам із важким захворюванням печінки або цирозом.

Усім пацієнтам із поєднаною ВІЛ/ВГВ-інфекцією необхідним є проведення АРТ із застосуванням препаратів, активних щодо ВІЛ та ВГВ, незалежно від вмісту CD4 клітин або статусу лікування у зв'язку із ВГВ.

Усім пацієнтам, які одночасно потребують і АРТ, і лікування гепатиту В, слід призначити тенофовіру дизопроксил та ламівудин або емтрицитабін у складі стандартної схеми АРТ. Ламівудин та емтрицитабін не слід застосовувати в якості монотерапії або комбінувати один з одним. При зміні схеми АРТ внаслідок розвитку резистентності ВІЛ слід продовжити прийом тенофовіру дизопроксилу з ламівудином або емтрицитабіном, розпочавши нову схему АРТ з інших активних препаратів. Тенофовір дизопроксил, емтрицитабін та ламівудин здатні пригнічувати реплікацію ВГВ, нормалізувати активність печінкових амінотрансфераз та зумовлювати сероконверсію за HBeAg, що, проте, спостерігається рідше, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів.

Лікування вірусного гепатиту С (ВГС)

Лікування ВГС дає можливість одужання протягом визначеного періоду лікування. Кожна особа з ВГС повинна розглядатися як кандидат на лікування, якщо користь терапії переважатиме над ризиками. Це питання також слід розглядати в контексті швидшого прогресування фіброзу печінки в осіб із ко-інфекцією ВГС/ВІЛ, зокрема із низьким показником CD4 (<200 кл/мкл).

В лікуванні ВГС використовуються безінтерферонові схеми із застосуванням препаратів прямої противірусної дії (АППД) та інтерферонові схеми — подвійної терапії (з додаванням РБВ) та потрійної терапії (з додаванням до схем подвійної терапії інгібіторів протеази чи інших препаратів з прямою противірусною дією).

Досягнення стійкої вірусологічної відповіді (СВВ) асоціюється із покращенням показників навіть на початкових стадіях фіброзу, вказуючи на те, що користь від лікування ВГС передбачає не лише одужання, а й запобігання подальшому прогресуванню захворювання печінки. Інфекція ВІЛ надає високого пріоритету лікуванню від ВГС вже на ранніх стадіях фіброзу печінки (F0/F1). Аналогічні показники одужання та переносимості лікування у осіб, ко-інфікованих ВГС/ВІЛ, та осіб із моноінфекцією ВГС при терапії АППД поставили під сумнів доцільність виділення осіб, інфікованих ВІЛ, в окрему групу пацієнтів та вказали на те, що показання до лікування та режими для них мають бути такими ж, як і для пацієнтів з моноінфекцією ВГС.

Якщо одночасно вперше діагностується інфекція ВГС та ВІЛ з показником CD4 > 500 кл/мкл та фіброзом \geq F2, спочатку може розглядатися призначення АРТ для уникнення потенційної взаємодії між АРВП та АППД.

Інформація щодо стадії фіброзу печінки важлива для прийняття рішення стосовно лікування, однак біопсія більше не вважається обов'язковою для розгляду питання лікування хронічного ВГС.

За наявності біопсії печінки або FibroScan, що вказують на відсутність чи мінімальний рівень фіброзу печінки, незалежно від генотипу ВГС, лікування можна відтермінувати, якщо АППД наразі недоступні. В цих випадках слід здійснювати обстеження на фіброз кожні 12 місяців, аби слідкувати за його прогресом.

Численні дослідження як серед осіб, ко-інфікованих ВІЛ/ВГС, які отримували/не отримували лікування ВГС, показали значно вищий коефіцієнт СВВ 12-24 при терапії на основі АППД. Отже, комбінацію АППД без інтерферонів слід вважати стандартом лікування хронічного ВГС, зокрема, на пізніх стадіях фіброзу.

Комбінація софосбувіру (400 мг щоденно) та скоригованої відповідно до ваги дози рибавіріну (від 1000 (вага < 75 кг) — до 1200 (вага > 75 кг) мг щоденно) протягом 12 тижнів у пацієнтів з ВГС генотипу 2 дає перспективу одужання у > 90% осіб. Для пацієнтів з цирозом тривалість лікування може бути подовжена до 16 тижнів. Схвалення нових АППД надало можливість розробки комбінованих безінтерферонових та частково вільних від рибавіріну режимів АППД, які, завдяки значно кращій переносимості та вищим показникам одужання, тепер слід вважати «золотим стандартом» лікування ВГС. Зокрема, рекомендовано комбінацію софосбувіру та симепревіру (генотип 1 та 4), комбінацію з фіксованою дозою софосбувіру та ледіпасвіру (генотипи 1 та 4), софосбувіру та даклатасвіру (генотипи 1, 2, 3 та 4).

Використання інгібіторів протеази ВГС першого покоління (боцепревір та телапревір) більше не рекомендується через підвищену токсичність. Перед початком лікування ВГС слід негайно провести ретельну перевірку на взаємодію між різними препаратами, зокрема, інгібіторами протеази ВІЛ та ВГС, препаратами ЗПТ, протитуберкульозною терапією.

Профілактика ВГ

Основні шляхи передачі парентеральних вірусних гепатитів включають нестерильні медичні ін'єкції чи інші процедури, переливання інфікованої крові, незахищений статевий контакт та небезпечні ін'єкції наркотиків.

ВГС рідше передається через гетеросексуальні стосунки. Проте за останнє десятиліття зафіксовано декілька спалахів інфекції ВГС (переданої, можливо, статевим шляхом) серед ВІЛ-позитивних чоловіків, які мають секс із чоловіками. Зафіксовано також подібну передачу ВГС серед ВІЛ-негативних чоловіків, які мають секс із чоловіками та поведінку, аналогічну до наркозалежної.

Внаслідок однакових шляхів передачі вірусного гепатиту та ВІЛ, багато втручань, які запобігають ВІЛ, також запобігають інфікуванню ВГВ та ВГС. Приклади таких втручань: правильне та постійне користування презервативами, програми обміну голочок та шприців, ЗПТ і практики стерильного татуювання.

Первинна профілактика спрямована на попередження інфікування особи, а при інфікуванні — своєчасну діагностику і початок лікування, що є запорукою одужання.

Первинна профілактика інфікування полягає в обізнаності щодо проблеми ВГ та дотримання певної поведінки, яка передбачає безпечний секс, використання засобів разового та індивідуального призначення. Чим раніше буде встановлений діагноз, тим скоріше можна буде прийняти рішення стосовно лікування, і тим більші шанси одужати.

Вторинна профілактика спрямована на попередження поширення вірусу інфікованою особою та зменшення тяжкості перебігу хвороби шляхом модифікації способу життя і проведення щеплень проти ВГА та ВГВ.

Інфіковані ВГВ та ВГС особи не повинні брати участі у програмах донорства (крові, органів, сперми тощо).

Інфіковані ВГС породіллі мають забезпечити можливість обстеження своєї новонародженої дитини в термін, зазначений лікарем.

Особам, інфікованим ВГС, рекомендовано робити щеплення від ВГА та ВГВ, оскільки ко-інфекція з ВГА та/чи ВГВ значно обтяжує перебіг хвороби і зменшує шанси на одужання. Щеплення дорослим проводиться відповідно до календаря профілактичних щеплень в Україні.

Поки не існує вакцини проти ВГС. Тому є навіть більша (ніж щодо ВГВ) потреба посилити сучасні заходи профілактики передачі ВГС серед ключових груп населення.

Вакцинація проти гепатиту В

Імунізація проти гепатиту В є найбільш ефективним методом запобігання ВГВ-інфекції та її наслідкам. Усім ВІЛ-інфікованим пацієнтам, за відсутності хронічного гепатиту В або імунітету до ВГВ, слід проводити вакцинацію із введенням вакцини проти гепатиту В або комбінованої вакцини проти гепатиту А та В. Ступінь та тривалість імуногенного захисту, які забезпечує вакцинація проти гепатиту В, у ВІЛ-інфікованих дорослих нижчі, ніж у ВІЛ-серонегативних здорових дорослих.

Чинники, що асоціюються із гіршою відповіддю на вакцину: низький вміст CD4 клітин, вірусологічно неефективна антиретровірусна терапія, супутня інфекція ВГС, а також загальний стан здоров'я пацієнта. Враховуючи ці дані, рекомендована рання вакцинація ВІЛ-інфікованих пацієнтів, до того, як вміст CD4 клітин знижується до рівня < 350 клітин/мм³ (All).

Втім, пацієнтам, які звертаються до лікаря після істотного зниження вмісту CD4 клітин, не слід відкладати вакцинацію до збільшення вмісту CD4 клітин до рівня > 350 клітин/мм³, оскільки у ВІЛ-інфікованих пацієнтів можлива відповідь на вакцинацію із-за вмісту CD4 клітин < 200 клітин/мм³.

Основні засади проведення профілактичних щеплень, у тому числі й вакцинації проти гепатиту В, детально описані у Наказі МОЗ України від 16.09.2011 № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості і обігу медичних імунобіологічних препаратів», зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 10.10.2011 №1159/19897.

Порядок проведення щеплень визначається наказом керівника ЗОЗ із чітким визначенням відповідальних осіб та функціональних обов'язків медичних працівників, які беруть участь у проведенні імунізації.

Щеплення проводяться медичними працівниками, які пройшли спеціальне навчання, у тому числі щодо надання невідкладної допомоги в разі розвитку післявакцинальних реакцій і ускладнень.

Перед проведенням вакцинації слід виключити діагноз гострого або хронічного гепатиту В (аналізи на HBsAg, анти-HBs та анти-HBc).

Застосування вакцини повинно відбуватися відповідно до інструкції. Вакцина проти гепатиту В застосовується тричі — друга ін'єкція через місяць після першої, третя — через 6 місяців після першої. За відсутності або недостатнього рівня імунної відповіді можливе проведення одноразової ревакцинації. Для дотримання схеми вакцинації слід забезпечити необхідний рівень прихильності з боку пацієнта.

Для моніторингу післявакцинальних ускладнень пацієнт повинен знаходитися під контролем медичних працівників протягом 2-х годин після ін'єкції. Протягом трьох діб медичним або немедичним працівником партнерської організації, що надає психосоціальний супровід, проводиться патронаж. Якість імунної відповіді на вакцинацію залежить від своєчасного введення другої та третьої дози вакцини. Отже, щоб підвищити ефективність послуги, потрібно проводити роботу з підвищення прихильності. Первинне консультування щодо прихильності до завершення вакцинації та дотримання термінів її проведення здійснює лікар, який призначив вакцинацію. Поглиблені заходи з прихильності можуть бути забезпечені через співпрацю з НУО за тими ж механізмами, що й інші види психосоціальної роботи.

3.6 Зменшення шкоди

При наданні послуг зі зменшення шкоди слід регулярно надавати СІН інформацію про ризиковану поведінку, пов'язану із вживанням наркотиків (перелік ризикованих практик наводиться у порядку зменшення ризику):

1. Користування спільними шприцями та голками без промивання водою та обробки дезінфектантами.
2. Вживання наркотику, який продається заправленим у шприц.
3. Заповнення свого шприца наркотиком із спільної ємкості.
4. Користування спільним шприцом та голкою після обробки дезінфектантами та промивання водою.
5. Користування власним шприцом та голкою повторно без промивання.
7. Користування власним шприцом та голкою повторно після промивання.
8. Користування новими шприцом та голкою при допомозі іншої особи.

Рекомендується застосовувати короткий алгоритм, що складається з 5-ти кроків, спрямованих на зменшення ризикованої поведінки:

1. Слід відмовитися від вживання наркотиків.
2. Якщо відмовитися від наркотиків неможливо, слід відмовитися від ін'єкційного вживання та перейти на пероральне або інгаляційне вживання.
3. Якщо продовжується вживання наркотиків ін'єкційно, то слід користуватися лише новим стерильним шприцом та голкою.
4. Якщо нового шприца та голки немає, слід проводити дезінфекцію використаного шприца будь-яким дезінфектантом (алкоголем, розчином із вмістом хлору) перед кожною ін'єкцією.
5. Якщо продезінфікувати неможливо — слід промити шприц водою тричі по 30 сек перед кожною ін'єкцією.

Такі інформаційні інтервенції можуть здійснюватися лікарями як індивідуально, так і в групах.

3.7 Психічне здоров'я

3.7.1 Поширеність та актуальність визначення

Відповідно до визначення EMCDDA під «коморбідністю» в контексті вживання ПАР мається на увазі одночасне існування у особи двох чи більше психічних захворювань, згідно з Міжнародною класифікацією хвороб, одним з яких є проблемне вживання наркотичних речовин [72].

Актуальність питання діагностики та лікування психіатричної коморбідності у осіб із залежністю від психоактивних речовин пов'язана зі значним поширенням зазначених розладів, їх варіативністю, важкістю керування симптомами та зв'язком з погіршенням результатів лікування.

Особи, які мають залежність від психоактивних речовин та психічне захворювання/розлад, демонструють гірші результати лікування, мають більш ризиковану поведінку та несприятливий прогноз щодо одужання та/або досягнення ремісії за одним чи двома захворюваннями.

За результатами численних досліджень виявлено значне поширення психічних розладів серед наркозалежних осіб. Водночас існують суттєві відмінності в поширеності розладів залежно від типу захворювання (порушення настрою, тривожні розлади, харчові розлади тощо) та типу речовини, яка вживається (опіоїди, стимулятори, канабіс). Наприклад, за даними, представленими у збірці серії дослідницьких звітів Національного інституту вивчення проблем наркотичної залежності (NIDA, Канада), поширеність розладів настрою та тривожність частіше спостерігається серед осіб, які зловживають та залежні від канабісу, у порівнянні з особами, які зловживають та/або залежні від опіоїдів, кокаїну, амфетаміну. У цілому психічні розлади більше поширені серед осіб, які вживають та залежні від опіоїдів [5, 40]. За даними Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркозалежності, поширеність психічних розладів серед осіб із залежністю та тих, хто зловживає, виглядає наступним чином [72]:

- ✓ Найпоширенішим психічним розладом серед осіб, залежних від ПАР, є депресія (від 12 до 80 %), що асоціюється з низьким рівнем успіху лікування, більшою частотою спроб або завершених самогубств. Серед жінок із залежністю частота поширеності депресій є вищою, порівняно з чоловіками, що робить зазначену категорію хворих особливо уразливою.
- ✓ Тривожні (особливо панічні та посттравматичні стресові) розлади зустрічаються більш ніж у 35% осіб, та, незважаючи на таку поширеність, здебільшого рідко діагностуються.
- ✓ Шизофренія зустрічається у діапазоні від 7 до 10% осіб.
- ✓ Поширеність біполярного розладу становить від 4 до 16%.
- ✓ Харчові порушення має більше 35% осіб, залежних від ПАР, порівняно з 1-3% у загальній популяції (особи з булімією, у порівнянні з особами з анорексією, частіше вживають психоактивні речовини).

Вживання нелегальних ПАР також часто поєднується із наявністю розладів особистості, серед яких найпоширенішими є антисоціальні порушення та емоційно нестабільні розлади. Особи з розладами особистості та залежністю від психоактивних речовин частіше вдаються до ризикованих практик вживання наркотиків та сексуальної поведінки, що створює додатковий ризик щодо інфікування хворобами, які передаються через кров, підвищує ризик інших ускладнень здоров'я та соціальних наслідків ризикованої і протиправної поведінки.

Згідно з даними, представленими SAMHSA [48], *серед пацієнтів ЗПТ найпоширеніші наступні психічні захворювання:*

1. Порушення настрою:
 - ✓ депресія,
 - ✓ дистимічний розлад,
 - ✓ біполярний розлад
2. Тривожні розлади:
 - ✓ генералізований тривожний розлад,
 - ✓ посттравматичний стресовий розлад,
 - ✓ обесивно-компульсивний розлад,
 - ✓ панічний розлад
3. Дефіцит уваги/гіперактивний синдром.
4. Шизофренія та інші психози.
5. Розлади харчування.
6. Порушення контролю: гемблінг (ігрова залежність).

7. Порушення сну.

8. Порушення особистості: (антисоціальне порушення особистості, нарцисичне порушення особистості).

За результатами численних досліджень [48], жінки, залежні від опіоїдів, частіше порівняно із залежними чоловіками мають афективні та тривожні розлади, депресію, пограничні розлади особистості, постратравматичний стресовий розлад. У свою чергу, чоловіки частіше мають залежність від алкоголю та антисоціальний розлад особистості.

Вивчення питання щодо поширеності психічних розладів серед осіб із залежністю від ПАР є надзвичайно актуальним на сьогоднішній день у контексті організації послуг та, зокрема, впровадження інтегрованого підходу до надання заходів для досягнення найкращих показників як з точки зору цілей лікування, підвищення якості життя пацієнтів, так і економічно ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Наявність подвійного діагнозу у пацієнта може стати причиною низки негативних факторів як для здоров'я пацієнта, так і щодо погіршення якості його життя [72, 48, 51, 3].

Згідно з результатами ряду досліджень виявлено, що особи з подвійним діагнозом:

- ✓ Частіше скоюють самогубство — більш ніж 90% осіб, які вчиняють самогубство, мають психічне захворювання [51, 3]. У випадках, коли спроба самогубства призвела до смерті, 95% осіб мали психічне захворювання (включаючи депресію).
- ✓ Мають більш ризиковану поведінку, що в свою чергу пов'язано з ризиком інфікування ВІЛ та вірусними гепатитами [72].
- ✓ Мають вищий рівень безробіття та частіше не мають постійного місця проживання.
- ✓ Частіше вдаються до насильства (включаючи домашнє) та кримінальної поведінки або стають його жертвами.
- ✓ Мають гірший прогноз лікування, якщо одночасно не отримують лікування від обох захворювань [20, 8, 42, 48].
- ✓ Пацієнти з коморбідністю, які знаходяться в програмах ЗПТ, мають більший ризик передачі ВІЛ, частіше вдаються до небезпечних практик вживання наркотиків, мають нижчий рівень прихильності до прийому препаратів АРТ, у них частіше розвивається СНІД [48].

Незважаючи на значне поширення зазначених розладів, особи з подвійним діагнозом мають обмежений доступ до лікування, навіть у країнах з високим рівнем доступу до медичних послуг. Так, в Сполучених Штатах Америки лише 44% пацієнтів з подвійним діагнозом отримують лікування хоча б від одного із захворювань і лише 7% від обох [72]. В Україні подібні дослідження не проводилися, проте низький рівень знань медичних працівників та фахівців, які надають послуги із психосоціального супроводу ведення осіб з подвійним діагнозом, дозволяє зробити висновок щодо ще нижчого рівня доступу вищезазначених осіб до послуг діагностування та лікування.

3.7.2 Типологія захворювань залежно від причини (самостійне, викликане вживанням ПАР, ефект від вживання ПАР)

В діагностиці психічних розладів серед осіб, залежних від ПАР, важливим питанням є визначення того, яке захворювання є первинним. Щодо цього існує багато теорій та концепцій, представлених провідними міжнародними організаціями, які займаються проблемами залежностей, зокрема [72, 51, 48]:

- ✓ Психічне захворювання та залежність є результатом дії одного чинника/чинників, наприклад, порушень розвитку та функцій мозку, генетичної уразливості, ранньої травми чи стресу.
- ✓ Залежність та вживання ПАР призводять до розвитку одного або декількох психічних захворювань (наприклад, доведено, що вживання канабісу певною категорією підлітків та юнаків може сприяти розвитку психозу як самостійного захворювання).
- ✓ Психічні хвороби призводять до вживання/зловживання та, як наслідок, формування залежності (умовно це можна назвати «модель самолікування»). У зазначених випадках особи із психічними захворюваннями можуть вживати психоактивні речовини для пом'якшення чи усунення симптомів основного захворювання. Так, наприклад, хворі на шизофренію часто курять для пом'якшення (за їхньою оцінкою) симптомів хвороби та покращення когнітивних функцій. Для пом'якшення та усунення тривожності вживають алкоголь і опіоїди, а для усунення депресії — стимулятори і кокаїн.

Важливість визначення природи захворювання обумовлена різними лікувальними тактиками. Так, при основному психічному захворюванні необхідно забезпечити пацієнту стандартне та тривале психіатричне лікування із використанням медикаментозних та немедикаментозних методів. У випадку психічного захворювання, викликаного вживанням ПАР, симптоми часто зникають на початку лікування, тоді як специфічне психіатричне лікування може не знадобитися [48]. Наприклад, за даними багатьох досліджень [5], ЗПТ може знижувати рівень психічних розладів, поліпшення, в такому випадку, настає протягом перших декількох тижнів після початку лікування.

Незважаючи на наявність різних теорій, на сьогоднішній день досі важко визначити — психічне порушення є симптомом та наслідком залежності чи самостійним захворюванням, що передуює формуванню залежності або розвивається незалежно від нього. З одного боку, психічні хвороби можуть бути чинником формування залежності, з іншого — вживання ПАР може спровокувати психічний розлад.

Окремо можна виокремити так званий «тимчасовий» психічний розлад, що виникає внаслідок інтоксикації ПАР, або специфічний прояв вживання окремих речовин. У таких випадках говорять про розлади, викликані вживанням речовин [72]. Таким чином, відповідно до DSM-IV (APA, 1994) та ICD-10 (WHO, 1992) можна виокремити:

- ✓ головне або первинне психічне захворювання;
- ✓ захворювання, викликане вживанням ПАР;
- ✓ ефект від вживання ПАР [48].

Первинне психічне захворювання діагностують, якщо його симптоми не пов'язані зі вживанням ПАР. Існує декілька умов, за яких можна говорити про первинне психічне захворювання, а саме:

- ✓ Симптоми є більш вираженими або нетиповими порівняно з очікуваним ефектом від прийому конкретних ПАР (галюцинації після прийому опіоїдів або параноя після вживання невеликих доз марихуани).
- ✓ В анамнезі є епізод прояву захворювання, не пов'язаний із вживанням ПАР.
- ✓ Початок епізоду хвороби передуює вживанню ПАР.
- ✓ Симптоми зберігаються протягом тривалого часу (не менше 1-го місяця) після припинення інтоксикації та гострої абстиненції [72].

Захворювання, викликане вживанням ПАР, діагностується, якщо:

- ✓ Епізод трапляється під час періоду активного вживання ПАР та/або в перші тижні (до місяця) припинення вживання (під час інтоксикації, синдрому відміни).

- ✓ Ефект від прийому ПАР схожий з проявами захворювання, проте симптоми є більш вираженими, ніж очікуваний від прийому ПАР (включаючи інтоксикацію та абстиненцію).

Ефект від вживання ПАР пов'язаний зі специфічним впливом конкретних ПАР на психіку. В такому випадку симптоми можуть бути схожими на ті, які проявляються при основному захворюванні. Наприклад, це може бути психоз, схожий на шизофренію, що виникає як наслідок інтоксикації при вживанні стимуляторів, таких як амфетамін та кокаїн; або депресивний синдром як наслідок синдрому відміни при припиненні вживання стимуляторів [72, 48].

До розладів, викликаних вживанням ПАР, відносяться:

- ✓ делірій;
- ✓ тривала деменція;
- ✓ тривалий амнестичний розлад;
- ✓ психотичний розлад;
- ✓ розлади настрою;
- ✓ тривожні розлади;
- ✓ розлади сприйняття;
- ✓ сексуальна дисфункція;
- ✓ порушення сну.

Водночас пацієнт може мати основне психічне захворювання та захворювання, викликане вживанням ПАР. Наприклад, він може мати встановлений та контрольований діагноз біполярного розладу та алкогольну залежність в ремісії, а також галюцинації та параною, викликані вживанням амфетаміну [48].

Визначення того, чи є конкретні симптоми проявами основного захворювання, складне завдання першого етапу включення пацієнта до ЗПТ. Зазвичай для встановлення діагнозу слід зачекати мінімум 5–7 днів (оптимально від 2 до 4 тижнів). Водночас симптоми гострого психічного захворювання, такі як, наприклад, суїцидальність, потребують термінового втручання з призначенням, за потреби, додаткових медичних препаратів.

3.7.3 Діагностика психіатричної коморбідності

Для визначення пацієнтів, які мають психічне захворювання на рівні організації надання послуг, необхідно відповісти на наступні питання:

1. Коли (на якому етапі, з якою частотою) проводити скринінг на психічні захворювання;
2. Як інтегрувати скринінг на психічні захворювання в загальну систему оцінки пацієнта;
3. Які інструменти використовувати для проведення скринінгу та підтвердження його результатів;
4. Якою має бути кваліфікація персоналу, що проводитиме скринінг;
5. Як визначити та організувати найбільш оптимальне лікування та рівень догляду [48].

Під час проведення скринінгу важливо виявити [48]:

- ✓ Чи знаходиться пацієнт в небезпечній ситуації та чи не становить загрозу безпеці інших, що може проявлятися в ризику самогубства, агресії та насильства стосовно інших (включаючи домашнє насильство), нездатності самостійно піклуватися про себе.

- ✓ Якими були попередні діагнози та досвід лікування. Важливо з'ясувати взаємозв'язок між психічним захворюванням та вживанням ПАР. Наприклад, передувала психічна хвороба вживанню наркотиків чи виникла під час абстиненції. Це дозволить визначити природу захворювання.
- ✓ Якими є очевидні на даний момент симптоми захворювання відповідно до DSM-IV.
- ✓ Якою є історія психологічної травми (включаючи психічне або сексуальне насильство, життя в зоні військових дій або природної катастрофи, смерть близької людини або іншу особисту трагедію). Питання щодо травми мають бути короткими, загальними та не про-вокувати важкі й психотравмуючі спогади. Для цього пропонується використовувати низ-ку питань для визначення посттравматичного стресового розладу.
- ✓ Чи були подібні симптоми або діагнози психічних хвороб у близького оточення (членів родини).
- ✓ Чи є будь-які незвичні аспекти зовнішності, поведінки, мислення пацієнта. У разі підозри на наявність когнітивних порушень — проведення додаткового обстеження [48].

Вибір інструмента діагностики коморбідних розладів залежить від декількох факторів: клінічні прояви, професійна підготовка працівників, доступність інструментів. Нижче представлено ос-новні скринінгові та діагностичні інструменти, які використовуються у світовій практиці [79].

Таблиця 7

№	Назва питальника	Мета	Час для заповнення, кількість запитань
1.	Методика виявлення патопсихологічної симп-томатики (<i>Symptom Checklist</i>)	Питальник для визначення широкого спектру психологічних проблем та симптомів психопатології	30 хв.
2.	Загальний питальник з питань здоров'я (<i>General Health Questionnaire</i>)	Питальник для оцінки 4-х аспектів дис-тресу: депресія, тривожність, порушення соціального функціонування, іпохондрія	5 хв.
3.	Питальник психодіа-гностичного скринінгу (<i>Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire</i>)	Скринінговий інструмент для оцінки 13-ти розповсюджених захворювань відпо-відно до DSM-IV, що включає депресію, біполярний розлад, посттравматичний стресовий розлад, психоз, залежність від алкоголю та ПАР	20 хв.
4.	Форма скринінгу психіч-ного здоров'я (<i>Mental Health Screening Form</i>)	Напівструктуроване інтерв'ю для ви-значення проблем психічного здоров'я у осіб, які розпочинають лікування за-лежності від ПАР, а саме: шизофренії, депресії, ПТСР, фобій, вибухових розла-дів, порушення сексуальної та статевої ідентифікації, харчових розладів (ано-рексія, булімія), панічних епізодів, маній, obsесивно-компульсивних розладів, гемблінгу, порушень, пов'язаних із нав-чанням та засвоєнням нової інформації, ментальних порушень	15 хв.

№	Назва питальника	Мета	Час для заповнення, кількість запитань
5.	Інструмент для виявлення психіатричної коморбідності (Dual Diagnosis Screening Instrument)	Скринінговий інструмент для виявлення психіатричної коморбідності серед споживачів ПАР, а саме: депресії, манії, психозів, панічного розладу, соціальної фобії, специфічних фобій, синдрому дефіциту уваги та гіперактивного синдрому, ПТСР	20 хв.
6.	Симптомізована діагностична система для первинної медичної допомоги (Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care)	Питальник для діагностики: депресії, тривожних розладів, панічних розладів, obsесивно-компульсивного розладу, залежності від алкоголю та інших ПАР, суїцидальних намірів та спроб	30 хв.
7.	Модифікований міні-скринінг (Modified Mini Screen)	Питальник для виявлення симптомів психічних розладів, зокрема порушень настрою, тривожних розладів, психозів, для подальшої поглибленої оцінки щодо їхньої наявності	15 хв.
8.	Діагностичні інтерв'ю (Diagnostic Interview Schedule): можуть проводити як нефахові спеціалісти, так і психіатри	Забезпечує діагностику специфічних фобій: соціальних фобій, агорафобії, панічних розладів, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу, депресії, дистимічного розладу, манії, пограничного розладу, залежностей (нікотинова, наркотична, алкогольна, від азартних ігор)	1–2 год.
9.	Шкала клінічної оцінки в нейропсихіатрії (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry): можуть використовуватися лише фахівцями в галузі психічного здоров'я	Мета: оцінити, виміряти і класифікувати психопатології і відхилення у поведінці, пов'язані з серйозними психічними розладами. Складається з 2-х частин. Перша частина охоплює соматоформні, дисоціативні розлади, тривожність, депресивні і біполярні розлади, проблеми, пов'язані з прийомом їжі, вживання алкоголю та інших психоактивних речовин. Друга частина — психотичні і когнітивні розлади, вплив на поведінку	1–3 год.
10.	Діагностичне інтерв'ю для генетичних досліджень (Diagnostic Interview for Genetic Studies)	Специфічне клінічне інтерв'ю для визначення генетичних причин психічних розладів	2–3 год.
11.	Міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю (Mini-International Neuropsychiatric Interview): для клінічних психіатрів	Діагностує 17 основних порушень (депресивний розлад, дистимічний розлад, манія, панічний розлад, агорафобія, соціальні фобії, obsесивно-компульсивний розлад, генералізований тривожний розлад, зловживання алкоголем і залежності від вживання наркотиків). Містить модуль для діагностики суїцидальних настроїв та модуль визначення антисоціальних особистісних розладів	20–30 хв.

№	Назва питальника	Мета	Час для заповнення, кількість запитань
12.	Структурований міжнародний діагностичний питальник (Composite International Diagnostic Interview): можуть проводити нефахівці в галузі психіатрії після навчання	Складається з декількох секцій: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 22 розділи оцінюють розлади настрою, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин, розлади, які спостерігалися в дитинстві тощо; ✓ 4 секції оцінюють декілька типів фізичних супутніх захворювань; ✓ 2 розділи оцінюють лікування психічних розладів; ✓ 4 розділи оцінюють фактори ризику; ✓ 6 секцій оцінюють соціально-демографічні характеристики 	1–3 год.
13.	Психіатричне дослідницьке інтерв'ю щодо психічних розладів, пов'язаних із залежністю (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders): можуть використовувати як не професіонали, так і лікарі	Модулі для вимірювання розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю, тютюну та наркотиків; настрою, тривоги і розладів особистості; сімейної історії вживання алкоголю і наркотиків; депресій і антисоціальних розладів особистості	1–2 год.
14.	Частково структурована оцінка залежності від наркотиків та алкоголю (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism): може проводитися не фаховими спеціалістами	Оцінка конкретних розладів, викликаних вживанням наркотиків, зокрема, при кокаїновій і опіоїдній залежності, а також широкий спектр оцінки основних наслідків (фізичних, психологічних, соціальних і психіатричних) використання психоактивних речовин; розлади поведінки, асоціальний розлад особистості, депресивний розлад, біполярний розлад, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, посттравматичний стресовий розлад і залежність від азартних ігор	1–3 год.

3.7.4 Вплив конкретних психічних захворювань на прогноз ЗПТ

За даними багатьох досліджень [48], психічні захворювання по-різному впливають на прогноз лікування в програмах ЗПТ, зокрема:

1) **Антисоціальний розлад особистості (АРО)** мають від 24% до 39% осіб, які звертаються за лікуванням з приводу опіоїдної залежності. Дані досліджень демонструють, що особи з АРО частіше практикують кримінальну та агресивну поведінку, поведінку з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ, частіше є споживачами декількох ПАР та в цілому раніше починають вживати опіоїди [10].

Дані щодо ефективності ЗПТ для осіб з АРО є неоднозначними, тому окремі експерти [13] висловлюють сумніви щодо адекватності використання критеріїв DSM-IV для постановки цього діагнозу пацієнтам, оскільки за прояви захворювання часто приймається ризикована поведінка, пов'язана із придбанням нелегальних наркотиків. Водночас пацієнти ЗПТ, які мають зазначений

розлад, мають отримувати допомогу щодо обмеження агресивності, імпульсивної та кримінальної поведінки.

Таких пацієнтів слід навчати контролювати гнів, агресію, навчати методам релаксації та асертивної поведінки.

2) **Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)**. Як стверджують дослідники, наявність ПТСР у пацієнтів ЗПТ (особливо жінок) негативно впливає на прогноз лікування і прихильність до нього. Пацієнти з ПТСР потребують особливої уваги у контексті лікування депресії та виявлення суїцидальних намірів.

3) **Синдром дефіциту уваги та гіперактивності**, за даними дослідження [36], мали 88% пацієнтів ЗПТ на день збору даних. Незважаючи на те, що зазначена група пацієнтів мала гірші показники утримання уваги, частіше соціальні фобії, антисоціальний розлад особистості, діагноз не впливав негативно на утримання в лікуванні, погіршення його результатів або продовження вживання ПАР.

3.7.5 Рекомендації щодо ведення пацієнтів із коморбідною психіатричною патологією

3

Загальні рекомендації, викладені в керівництвах провідних міжнародних організацій [51, 72, 25, 74, 48] та національних протоколах різних країн [5], виглядають наступним чином:

- ✓ Для всіх пацієнтів, які мають залежність від ПАР, має бути проведена комплексна оцінка (на початку вступу до програми та після досягнення стабілізації у результаті лікування препаратами ЗПТ), частиною якої є скринінг на наявність психіатричної коморбідності. Зокрема, відповідно до рекомендацій Американської асоціації медицини залежностей, *всі особи які мають залежність від опіоїдів, мають бути протестовані на наявність наступних психічних станів: депресія, тривожність, розлади особистості, посттравматичний стресовий розлад* [51]. Враховуючи те, що ЗПТ часто призводить до зниження рівня психічних розладів, рекомендовано проводити повторний скринінг усіх пацієнтів.

На сьогоднішній день в Україні існують лише два протоколи, що надають рекомендації щодо діагностики та лікування депресії та посттравматичного стресового розладу:

1) Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія» (затверджений Наказом МОЗ України від 25 грудня 2014 року № 1003).

2) Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (затверджений Наказом МОЗ України від 23.02.2016 № 121).

- ✓ *Всі пацієнти з психічними захворюваннями мають бути опитані на предмет наявності суїцидальних думок, намірів та поведінки з метою виявлення потреби у додаткових послугах, таких як госпіталізація, призначення антидепресантів тощо.*
- ✓ *Робота з пацієнтами з суїцидальними схильностями має включати: зниження ризику; керування чинниками, що можуть спровокувати самогубство; моніторинг та оцінку поточного стану* [51].

Індикатори ризику самогубства. Рекомендації щодо реагування [48]

Поведінкові або ситуативні індикатори, що можуть свідчити про ризик самогубства:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> розмови про наміри самогубства, | <input type="checkbox"/> повернення подарунків, |
| <input type="checkbox"/> проблеми з харчуванням та сном, | <input type="checkbox"/> історія спроб самогубства, |
| <input type="checkbox"/> радикальна зміна поведінки, | <input type="checkbox"/> ризикована поведінка щодо життя, |
| <input type="checkbox"/> уникнення друзів та соціального оточення, | <input type="checkbox"/> нещодавня сильна втрата, |
| <input type="checkbox"/> втрата інтересу до роботи, хобі, навчання, | <input type="checkbox"/> заглиблення у питання смерті та помирання, |
| <input type="checkbox"/> підготовка до смерті наприклад фінальні вирішення справ, розпорядження, | <input type="checkbox"/> втрата інтересу до власного зовнішнього вигляду, |
| | <input type="checkbox"/> посилення вживання алкоголю та наркотиків |

Емоції, що демонструються та можуть свідчити про ризик самогубства:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> не можу спинити біль, | <input type="checkbox"/> не можу вийти з депресії |
| <input type="checkbox"/> не можу думати ясно, | <input type="checkbox"/> не бачу майбутнього, де не буде болю, |
| <input type="checkbox"/> не можу приймати рішення, | <input type="checkbox"/> не сприймаю себе гідним, |
| <input type="checkbox"/> не бачу виходу, | <input type="checkbox"/> не можу привернути хоч чийось увагу, |
| <input type="checkbox"/> не можу їсти, спати, працювати, | <input type="checkbox"/> не можу нічого контролювати |

Рекомендації, як реагувати на індикатори, що можуть свідчити про ризик самогубства:

- Бути твердим. Говорити відкрито про самогубство.
- Бути готовим слухати. Дозволяти проявляти емоції та приймати їх.
- Не засуджувати та не оцінювати. Не сперечатись, добре чи погано вчиняти самогубство, та відчувати те, що відчуває людина. Не читати нотацій стосовно цінності життя.
- Бути включеним. Демонструвати доступність, інтерес та підтримку.
- Не демонструвати шок, це створює дистанцію.
- Давати надію, але уникати поверхових переконань, що все буде добре.
- Не обіцяти тримати все у таємниці. Шукати допомоги.
- Діяти. Обмежити доступ до зброї та ліків.
- Звернутись за допомогою до фахівців, які працюють з проблемою.

Фактори ризику самогубства [3]:

- попередні спроби самогубства (водночас у близько половини завершених випадків самогубств не було попередній спроб),
- випадки самогубств у родині,
- високий рівень залежності (включаючи залежність від декількох ПАР, формування залежності в ранньому віці),
- психічні захворювання:

- депресія (включаючи депресію, викликану вживанням ПАР),
- тривожні розлади,
- серйозні розлади (шизофренія, біполярний розлад),
- розлади особистості (антисоціальний розлад особистості),
- анорексія
- занедбаність та насильство у дитинстві (особливо випадки сексуального насилля),
- стресові життєві обставини (втрата роботи, безробіття, розлучення/припинення стосунків, правові проблеми, серйозні чи раптові фінансові втрати, соціальна ізоляція, конфліктні стосунки),
- персональні характеристики:
 - схильність до негативних емоцій (злість, тривожність, туга),
 - агресивність та імпульсивність.

Фактори, що «захищають» від самогубства:

- мотиви для продовження життя («є для чого жити»),
- тверезість,
- відвідування групи «12 кроків»,
- відвідування релігійних груп та/або духовне засудження самогубства,
- наявність дітей вдома та відповідальність за них,
- добрі подружні стосунки,
- довірливі стосунки з консультантом, психологом та особою, яка надає послуги,
- зайнятість (трудова),
- оптимізм.

Деякі причини суїцидальної поведінки (у однієї особи може бути поєднання декількох таких причин) [3]:

- бажання померти,
- втрата надії,
- сильне або тривале переживання горя,
- самотність,
- відчувати себе тягарем для інших,
- втеча від сильних емоційних переживань та безвихідної ситуації,
- намагання привернути до себе увагу,
- імпульсивна реакція на життєві проблеми (розірвання стосунків тощо),
- бажання зробити боляче іншій людині,
- параноя або психоз (включаючи галюцинації),
- втеча від хвороби та перспектив погіршення стану здоров'я (у випадку невиліковних та термінальних хвороб).

- ✓ Пацієнти ЗПТ, які мають психічне захворювання, повинні, за потреби, отримувати додаткове медикаментозне лікування психічного захворювання, а лікарі, в свою чергу, мають добре володіти інформацією стосовно взаємодії препаратів.
- ✓ Ефективність лікування буде вищою, якщо воно надаватиметься одним лікарем в одному місці в рамках інтегрованого підходу.
- ✓ Наявність психічного захворювання не має бути підставою щодо відмови пацієнту в лікуванні з використанням препаратів ЗПТ.
- ✓ *Лікування коморбідної патології має бути інтегроване в систему лікування залежностей.*
- ✓ Персонал повинен знати, як лікувати обидва захворювання.
- ✓ Психотропні препарати слід призначати лише після того, коли стан пацієнта буде стабілізовано препаратами ЗПТ (від 3 до 7 днів для бупренорфіну та від 3-х тижнів до місяця для метадону), за виключенням випадків, коли психічне захворювання проявлялося та було зафіксоване раніше або має сильні прояви.

Всі препарати, що призначаються, слід уважно моніторити щодо їх правильного вживання, при потребі використовуючи для цього тести на визначення в сечі наркотиків. З особливою обережністю треба призначати препарати, які мають потенціал для формування залежності, наприклад бензодіазепіни. Якщо ж такі препарати призначаються, то варто віддавати перевагу таким, які мають менший потенціал для формування залежності.

Враховуючи труднощі щодо контролю прийому препаратів пацієнтами (особливо на ранніх стадіях), у разі наявності ресурсів, їх рекомендується видавати разом з препаратами ЗПТ, таким чином забезпечуючи контрольований прийом та знижуючи потенційний ризик зловживання [48].

Тактика ведення пацієнтів з коморбідною патологією залежить від:

- первинності захворювання чи зумовленості його прийомом ПАР,
- гостроти симптомів,
- типу захворювання,
- загальної стратегії у контексті взаємодії сервісів та інтеграції послуг.

Таблиця 9

Тип захворювання	Рекомендація
Первинне психічне захворювання (<i>primary psychiatric disorder</i>)	1) стандартне та тривале лікування із використанням медикаментозних та немедикаментозних методів; 2) основний акцент має бути на лікуванні психічного захворювання, усунення симптомів якого часто призводить до скорочення та/або припинення вживання ПАР.
Захворювання, викликане вживанням ПАР (<i>substance-induced disorder</i>)	1) відкладення лікування із використанням психотропних препаратів до моменту стабілізації дози ЗПТ, якщо не спостерігається гострих станів; 2) лікувальна тактика залежно від гостроти симптомів та стану (див. Табл. 10.)
Ефект від вживання ПАР (<i>"expected effect" of the substances</i>)	лікування стану, що безпосередньо пов'язаний з прийомом ПАР

Тип захворювання	Рекомендація
Небезпечний для пацієнтів стан	
Суїцидальні ідеї та намагання завдати шкоди іншим	<ul style="list-style-type: none"> ✓ оцінка ризиків та безпеки, визначення індикаторів суїцидальної поведінки, ✓ антипсихотичні препарати, бензодіазепіни, седативні препарати, ✓ для гострих станів — направлення на госпіталізацію, ✓ термінові втручання: термінове направлення до профільних спеціалістів.
Пацієнти зі встановленим гострим діагнозом	
Шизофренія, біполярний розлад	<ul style="list-style-type: none"> ✓ призначення препаратів з низьким потенціалом щодо формування залежності, ✓ якщо на сайті є відповідно навчений персонал — лікування на сайті, якщо ні — направлення до відповідних спеціалістів, ✓ налагодження взаємодії між сервісами.
Пацієнти з симптомами середньої гостроти: постійними або такими, які щойно почали проявлятися	
Порушення настрою, тривожність, розлади особистості. Пацієнти з історією лікування психічних захворювань та призначеним лікуванням	<ul style="list-style-type: none"> ✓ продовження або початок прийому препаратів; ✓ психотерапія для обох коморбідностей; ✓ рекомендовано відкласти прийом інших препаратів до стабілізації на препаратах ЗПТ, окрім випадків, якщо існує попередньо встановлене первинне психічне захворювання.
Пацієнти з психічними захворюваннями, викликаними вживанням ПАР	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Симптоми порушення настрою (депресія, дистимічний розлад, біполярний розлад) ✓ Стан тривожності: (генералізований тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад, обсесивно-компульсивний розлад, панічний розлад) ✓ Дефіцит уваги/гіперактивний синдром ✓ Шизофренія та інші психози ✓ Розлади харчування ✓ Порушення контролю: гемблінг ✓ Порушення сну ✓ Пацієнти без історії основного психічного захворювання 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Не призначати нові психотропні препарати до завершення фази стабілізації на препаратах ЗПТ, оскільки симптоми психічного захворювання можуть зникнути після досягнення стабілізації пацієнта

№	Назва розладу	Частота	Прогноз та вплив	Рекомендації
1.	Антисоціальний розлад особистості	Від 24% до 39% осіб, які звертаються за лікуванням з приводу опіоїдної залежності	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Частіше вдаються до кримінальної та агресивної поведінки, ✓ для них більш характерні практики поведінки з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ, ✓ є споживачами декількох ПАР 	Контроль та обмеження агресивності, імпульсивної та кримінальної поведінки
2.	Посттравматичний стресовий розлад	Від 12 до 34%, для жінок — від 30 до 59 років [69]; у жінок досвід психічного та/або сексуального насильства в дитинстві; у чоловіків — досвід перебування в ролі жертви під час кримінальної поведінки, травма війни	Негативно впливає на прогноз лікування, а саме прихильність до лікування.	Увага у контексті депресії та суїцидальних намірів
3.	Відсутність концентрації уваги/гіперактивний розлад	19% пацієнтів ЗПТ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ погане утримання уваги, ✓ частіші соціальні фобії, ✓ антисоціальний розлад особистості, ✓ діагноз не впливає негативно на утримання в лікуванні, гірші його результати або продовження вживання ПАР 	Рекомендації відсутні
4.	Суїцидальність*			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Скринінг наявності суїцидальних думок,

№	Назва розладу	Частота	Прогноз та вплив	Рекомендації
				<ul style="list-style-type: none"> ✓ вивчення історії попередніх спроб суїциду, ✓ доступ до послуг психіатра, при потребі — госпіталізація
5.	Депресія	Від 12% до 80 % осіб, які вживають та/або залежні від ПАР	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Залучення до ЗПТ позитивно впливає на наявність та перебіг депресії, проте депресія залишається у 10-20% пацієнтів, ✓ депресія асоціюється з низьким рівнем успіху лікування, більшою частотою спроб або завершених самогубств 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ якщо призначаються антидепресанти — перевагу надавати не седативним препаратам (для попередження передозування), ✓ використання когнітивно-поведінкової терапії як додаткового методу
6.	Тривожність	Більш ніж у 35% осіб, які залежні від ПАР		<ul style="list-style-type: none"> ✓ зваження ризиків при призначенні бензодіазепінів при одночасному прийомі препаратів ЗПТ, моніторинг при призначенні, ✓ якщо призначаються антидепресанти — перевагу надавати не седативним препаратам
7.	Психоз		Для пацієнтів з шизофренією — порушення соціального функціонування, когнітивні порушення, що впливають на здатність проходити лікування, неспроможність дотримуватися зобов'язань щодо вживання інших ПАР [7]	<ul style="list-style-type: none"> ✓ постійна підтримка та толерантність до ситуації, коли пацієнт періодично кидає та повертається знов до лікування [7], ✓ врахування того, що прийом опіоїдів (у тому числі препаратів ЗПТ) загострює седативний ефект нейролептиків

*суїцидальність не є розладом, але часто виникає у осіб, які мають депресію.

Виділяють **три основні стратегії лікування пацієнтів з коморбідними розладами** залежно від загальної стратегії у контексті взаємодії сервісів та інтеграції послуг [72]:

- **Послідовне лікування** — лікування психічного розладу та залежності від ПАР як двох окремих проблем. За такої стратегії лікування координація між відповідальними службами мінімальна, а пацієнт отримує послідовне лікування залежно від визначення першопричини та гостроти проблеми.
- **Паралельне лікування** — лікування двох захворювань (залежність від ПАР та психічні розлади) проводиться одночасно, а служби психічного здоров'я та наркології підтримують зв'язок, щоб пацієнт мав можливість отримувати послуги одночасно. Основний недолік такої моделі — медична модель психіатричної допомоги може вступати у конфлікт з соціально-психологічною орієнтацією наркологічної служби.
- **Інтегроване (комплексне) лікування** — комбіноване лікування коморбідності, яке проводиться на базі однієї служби. Така модель лікування обов'язково включає консультаційний компонент (мотиваційне або поведінкове втручання), попередження рецидивів, фармакотерапію та соціальні підходи.

Роль соціального працівника у вирішенні проблеми коморбідності

Консультування клієнта з пограничними розладами особистості [69]:

- *Будьте готовими до того, що прогрес клієнта буде повільним і нерівномірним.*
- *Оцінюйте ризик нанесення клієнтом собі шкоди, ставлячи конкретні запитання: що не так, чому саме зараз, чи має клієнт конкретні плани самогубства, чи були спроби самогубства у минулому, які є поточні почуття і захисні фактори.*
- *Будьте налаштовані доброзичливо, однак при цьому підтримуйте нейтральні професійні стосунки. Контролюйте процес консультування за допомогою супервізії та залучення колег.*
- *Встановіть чіткі межі спілкування та очікувань клієнта від стосунків з Вами, Вашого залучення та поведінки.*
- *Надавайте допомогу клієнту при розробці навичок контролю своїх станів (наприклад, глибоке дихання, медитація, когнітивне реструктурування) для управління негативними спогадами і емоціями.*

Принципи роботи соціального працівника з пацієнтами, що страждають на коморбідні розлади, лежать в площині загальних функцій, які ставить перед собою соціальна робота: робота з випадком, оцінка потреб пацієнта та досягнення кінцевого позитивного результату для ефективного лікування та ведення хворих.

Залучення соціальних працівників до мультидисциплінарних команд на сайті ЗПТ може допомогти добитися успіху комплексного лікування та досягти відповідного терапевтичного ефекту шляхом поєднання методів лікування, а також своєчасної реакції на проблеми пацієнта. Першочерговим завданням при роботі з коморбідними пацієнтами є проведення скринінгу та, при отриманні позитивних результатів, оцінка потреб і визначення подальшої лікувальної тактики, включаючи використання психосоціальних втручань.

Вище були описані основні стандартизовані інструменти діагностики, які можна використовувати при роботі з клієнтом. Скринінг є початковим етапом втручання, наступним кроком є оцінка.

Оцінка є процесом визначення характеру проблеми, з якою стикається пацієнт, та розробка конкретних рекомендацій щодо лікування для вирішення визначених проблем. Оскільки мова йде про психічне здоров'я клієнта, оцінка має включати в себе клінічне обстеження, а також загальний збір інформації про його благополуччя. Отримані результати дозволяють визначити стратегію та напрямки лікування: психіатрична допомога, клінічна психологія або допомога інших кваліфікованих медичних спеціалістів. Оцінка клієнта з коморбідністю є безперервним процесом, який повинен повторюватися протягом тривалого часу для досягнення зміни характеру його статусу.

Під час оцінки потреб клієнта соціальний працівник може спиратися на покроковий алгоритм збору даних, який дасть змогу скласти план лікування (лікарем) та супроводу (соціальним працівником) [69]:

Крок 1. Залучення клієнта.

Крок 2. Контакт з оточенням клієнта (сім'я, друзі тощо) для збору додаткової інформації.

Крок 3. Скринінг для виявлення коморбідного розладу.

Крок 4. Визначення напрямку та локусу відповідальності.

Крок 5. Визначення рівня медичної допомоги.

Крок 6. Визначення діагнозу.

Крок 7. Визначення перешкод та функціональних порушень.

Крок 8. Визначення сильних сторін та підтримуючих факторів.

Крок 9. Визначення культурних і мовних потреб та підтримки.

Крок 10. Виявлення проблемних областей.

Крок 11. Визначення стадії змін.

Крок 12. Складання плану лікування.

Відповідно до існуючих рекомендацій [69], індивідуальний лікувальний план клієнта має містити, окрім фармакотерапії, елементи психосоціального втручання з метою вирішення супутніх проблем.

В роботі з пацієнтами, які мають психічні розлади, пропонується використовувати наступні стандартні психосоціальні втручання:

- мотиваційне інтерв'ю,
- ситуаційний менеджмент,
- когнітивно-поведінкова терапія,
- попередження зривів,

а також дві спеціально орієнтовані на осіб з коморбідною патологією інтервенції — інтенсивний кейс-менеджмент (ведення випадку) та комунікативно-асертивний тренінг [69].

Консультація пацієнта з тривожними розладами

Диференціюйте:

- розлади настрою і тривожні розлади;
- повсякденні прояви тривоги і депресії;
- тривоги і депресії, що пов'язані з психічними захворюваннями та побічними ефектами від лікування супутнього захворювання (залежність від ПАВ), а також на етапі індуктивної стадії ЗПТ.
- Під час консультації підтримуйте спокійне та позитивне ставлення до клієнта.
- Будьте готовими, що консультація та супровід може мати повільний та тривалий характер.
- Проводьте регулярний скринінг та негайно реагуйте на будь-яке погіршення симптомів.
- Ставтеся з розумінням до особливостей сприйняття соціальних ситуацій клієнтами з фобічними розладами.
- Поступово розвивайте у клієнта навички участі у групах самопомоги.
- Об'єднайте консультацію та лікування психічних захворювань та залежностей від ПАВ.

Для проведення освітніх занять з особами із психіатричною коморбідністю SAMHSA рекомендовано наступні теми:

- причини, симптоми та лікування залежності від ПАВ та психічного захворювання;
- медичний, психологічний та соціальний ефект і вплив психіатричної коморбідності;
- процес одужання;
- медикаменти для лікування психічних захворювань, їхній побічний ефект та керування ним;
- навички керування гнівом, тривожністю, нудьгою та депресією;
- зміна негативного мислення, а також такого, що не сприяє адаптації;
- розвиток системи підтримки тверезості;
- вирішення сімейних проблем;
- конструктивне використання вільного часу;
- духовність і одужання;
- участь у групах «12 кроків» та групах самопомоги;
- фактори ризику повернення до вживання.

ВИВЧЕННЯ ВИПАДКУ: ІСТОРІЯ ДМИТРА.

Дмитро, 35 років. Стаж вживання ПАВ — 12 років. Одружений. На програмі ЗПТ знаходиться протягом 8 місяців. У соціального працівника при розмові з клієнтом виникла підозра щодо наявності у нього панічних та депресивних розладів (описані пацієнтом відчуття дуже схожі на симптоми панічної атаки).

Слабка прихильність до лікування. Пацієнт часто пропускає візити на сайт, іноді висловлює занепокоєння з приводу того, що, на його думку, терапія не йде йому на користь. Окрім того, нещодавно клієнт втратив роботу, через що має додаткові стресові фактори. Соціальним працівником було виявлено додаткове періодичне вживання наркотичних речовин та алкоголю.

Розробка плану втручання

Для підтвердження чи спростування своїх підозр соціальний працівник застосував шкалу депресії Бека (BDI-II) (або Panic Screening Questions) та, підтвердивши свої підозри, повідомив про результати лікаря на сайті ЗПТ.

Спільно було прийнято рішення: для додаткової діагностики та призначення схеми лікування (у разі потреби) супроводити клієнта до психіатра, який підтвердив діагноз важкої стадії панічного розладу з депресією легкого ступеня на фоні вживання ПАВ та хронічного стресу і призначив антидепресанти, які можуть впливати на перебіг та частоту панічних атак.

Лікар-нарколог спостерігає за станом здоров'я пацієнта та корегує дозу на початковому етапі з метою виключення ризиків пригнічення дихання.

Соціальним працівником складається план лікування клієнта, до якого включено обов'язкові візити до психолога та проведення когнітивно-поведінкової терапії; відвідування груп самопомогі з метою зниження вживання додаткових ПАВ; індивідуальні інформаційні заняття з метою роз'яснення природи панічних атак та вироблення стратегії швидких дій у разі такого нападу; моніторинг стану пацієнта та прийому ліків, у тому числі уриноконтроль. Окрім того, до роботи було залучено дружину клієнта.

3

3.8 Психосоціальні послуги пацієнтам замісної підтримувальної терапії

Одним із найгостріших питань у контексті впровадження програм ЗПТ є організація системи психосоціального супроводу пацієнтів програми.

На сьогоднішній день в Україні відсутні будь-які стандарти, що визначали б обсяг, частоту та зміст заходів психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ. У результаті на практиці використовуються низка втручань, які не довели свою ефективність, а обсяг і зміст послуг у кожному конкретному місці їх надання визначаються, виходячи із особистого бачення та переконань їх надавачів.

Незважаючи на те, що за результатами окремих досліджень одним із визначальних чинників ефективності заходів психосоціального супроводу вважається особистість надавача послуг і, відповідно, його рівень професійної компетентності [60], формування чіткого розуміння стосовно таких заходів, їхнього обсягу та змісту є ключовим для забезпечення подальшої життєстійкості зазначеної діяльності.

Таким чином, зважаючи на відсутність стандартів та враховуючи потребу впровадження лише науково обґрунтованих підходів, які довели свою ефективність (включаючи економічну), та не-

обхідність розрахунку вартості послуг, постає питання формування зважених рекомендацій стосовно організації заходів психосоціальної підтримки для пацієнтів програми ЗПТ.

Лише через забезпечення чіткого розуміння формату надання послуг та в подальшому їх стандартизації, можна розраховувати на сталість заходів психосоціальної підтримки пацієнтів ЗПТ.

З метою виконання поставленого завдання в розділі буде:

- проаналізовано результати численних досліджень щодо ефективності заходів психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ;
- визначено, які втручання мають найбільший ефект та рекомендовані для використання в програмах ЗПТ;
- описано зміст та алгоритм тих втручань/заходів, що довели свою ефективність в програмах ЗПТ.

3.8.1 Нормативно-правова база надання психосоціальних послуг

Основні нормативні документи, які регулюють систему соціальної роботи та процес надання соціальних послуг, закріплено Наказом Міністерства соціальної політики «Перелік соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати» (від 03.09.2012 № 537), яким затверджено перелік 15-ти соціальних послуг, які можна отримати як у центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ), так й у територіальних центрах соціального обслуговування населення (за місцем проживання).

Під кожен соціальну послугу існує затверджений стандарт її надання, що стосується представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ, до яких, зокрема, відносяться СІН. На даний момент затверджені наступні стандарти: Державний стандарт соціальної адаптації (Наказ Мінсоцполітики від 18.05.2015 р. № 514); Державний стандарт соціальної послуги консультування (Наказ Мінсоцполітики від 02.07.2015 р. № 678); Державний стандарт соціальної послуги профілактики (Наказ Мінсоцполітики від 10.09.2015 р. № 912); Державний стандарт соціальної послуги представництва інтересів (Наказ Мінсоцполітики від 30.12.2015 р. № 1261); Державний стандарт соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у СЖО (Наказ Мінсоцполітики від 31.03.2016 р. № 318); Державний стандарт хоспісної та паліативної допомоги (Наказ Мінсоцполітики від 29.01.2016 р. № 58).

3.8.2 Доказова база ефективності заходів із психосоціального супроводу осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — пацієнтів замісної підтримувальної терапії

На сьогоднішній день, в умовах активного впровадження підходів доказової медицини, дефіциту державного бюджету навіть на покриття потреб у життєво необхідному лікуванні та в цілому недостатнього розуміння пріоритетності проблем наркоспоживання особами, які приймають рішення, в Україні точиться дискусія стосовно економічної ефективності заходів із психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ у рамках комплексного лікування опіоїдної залежності. Наразі окремих досліджень щодо зазначеного питання в Україні не проводилося, разом з тим, і на міжнародному рівні існує потреба у подальших дослідженнях щодо реалізації психосоціального супроводу задля порівняння та визначення переваг окремих психосоціальних методів лікування; оцінки ефективності психосоціального супроводу в комбінації із застосуванням конкретного препарату ЗПТ; визначення найбільш ефективних психосоціальних методів лікування з фокусом

на специфіку роботи з різними групами пацієнтів або залежно від рівня медичної допомоги ЗОЗ, де пацієнт отримує ЗПТ, та спектра послуг, які можуть бути надані пацієнту.

Існуюча доказова база здебільшого підтверджує факт позитивного впливу приєднання компонента психосоціального супроводу до фармакологічного лікування опіоїдної залежності.

У лютому 2016 року Американське товариство наркології (АТН) опублікувало результати проведеного аналізу існуючої літератури щодо ефективності та безпеки поведінкових втручань у поєднанні із ЗПТ. Це дослідження було здійснене у рамках розробки оновлених рекомендацій АТН щодо лікування опіоїдної залежності із застосуванням препаратів ЗПТ, відповідно до яких лікування метадоном або бупренорфіном бажано здійснювати у поєднанні із заходами психосоціального супроводу. Мінімальний пакет послуг із психосоціального супроводу повинен включати наступні підходи:

- оцінка потреб пацієнта у психосоціальних послугах,
- підтримуюче консультування,
- встановлення та покращення зв'язку з сім'єю пацієнта,
- за необхідності, переправлення до установ/неурядових організацій для отримання психосоціальних послуг відповідно до потреб пацієнта [51].

Здебільшого результати аналізу підтверджують ефективність використання психосоціальних інтервенцій, таких як когнітивно-поведінкова терапія, управління випадками та методи зворотного зв'язку, але, разом з тим, відзначається недостатність наявної доказової бази та стверджується, що для формування чіткішого висновку необхідні додаткові дослідження. Зокрема, у даному аналізі використовувалися результати 27 досліджень, з них у 14-ти випадках лікування опіоїдної залежності здійснювалося з використанням метадоноу. Як наслідок, 8 з 14 досліджень показали суттєву користь від психосоціального супроводу, який значно вплинув на зменшення незаконного вживання наркотиків та збільшення прихильності до участі у програмі ЗПТ, що, з очевидних причин, є одним із найсильніших факторів довгострокового успіху в боротьбі з наркотичною залежністю.

У 8-ми дослідженнях проводився аналіз впливу психосоціальних інтервенцій на здійснення лікування бупренорфіном і лише у 3-х було зафіксовано значний позитивний вплив на результати лікування. Окрім того, для аналізу були доступні лише три дослідження, які вивчали поєднання лікування пероральним налтрексоном із заходами психосоціального супроводу; результати вивчення були змішаними.

Відповідно до даних досліджень, поєднання медикаментозного підтримувального лікування із заходами психосоціального супроводу впливає на краще утримання в програмі, зменшення вживання нелегальних наркотиків, зниження рівня ризикованої поведінки, підвищення рівня прихильності до участі у програмі ЗПТ. 3-поміж великої кількості досліджень, які висвітлюють представлену в даному розділі тематику, можна виділити ряд робіт, висновки яких використані у даній публікації [14, 46, 77].

Водночас деякі дослідження містять суперечливі дані щодо ефективності заходів із психосоціального супроводу. Зокрема, у низці досліджень, представлених у Кокранівській базі системних оглядів йдеться про відсутність статистично значущої різниці між випадками реалізації ЗПТ без та з використанням підходів психосоціального супроводу [4]. Подібні висновки, які свідчать про неоднозначність доказової бази щодо ефективності супроводу пацієнтів ЗПТ, публікують автори керівництва ВООЗ з фармакологічного лікування опіоїдної залежності з психосоціальним супроводом. Зокрема, у документі відзначається, що, згідно з даними 8-ми рандомізованих контрольованих досліджень, відсутня значуща різниця між утриманням у програмах лікування осіб, які отримують метадон разом із психосоціальною підтримкою, порівняно з пацієнтами, які отримують лише метадон, водночас додавання психосоціального супроводу приводить до суттєвого зниження вживання героїну. Власне, неоднозначність отриманих даних відображає-

ся у рекомендаціях керівництва щодо поміркованого та економічно ефективного застосування психосоціальних інтервенцій у поєднанні з процесом лікуванням.

Якщо проаналізувати проведені дослідження, що заперечують позитивний вплив заходів із психосоціального супроводу на основні показники ефективності лікування, то можна помітити, що **більшість проведених досліджень мають наступні обмеження:**

- при проведенні порівняння ефективності заходів із психосоціального супроводу не завжди враховувалося, які саме послуги надавалися, а отже, постає питання щодо необхідності порівняння інтервенцій та виокремлення тих з них, які мають найбільший вплив на результати лікування;
- при проведенні порівнянь не оцінювалася та не вимірювалася якість надання послуг, а, отже, неможливо визначити, з чим пов'язаний низький ефект заходів — із поганою їх якістю або в цілому низьким ефектом впливу на показники лікування.

3.8.3 Цілі та завдання заходів із психосоціального супроводу

Важливо звернути увагу на те, що перед вивченням питання щодо впливу на показники лікування пацієнтів, включення заходів психосоціального супроводу до загальної системи надання послуг, варто чітко визначитися з цілями та завданнями програми ЗПТ. Зокрема, відповідно до спільної позиції ВООЗ, УНЗ ООН, ЮНЕЙДС [18], цілями лікування в програмах ЗПТ є:

1. Відмова або скорочення вживання нелегальних опіоїдів та інших ПАР.
2. Зниження кримінальної активності серед СІН.
3. Зниження ризикованої поведінки, пов'язаної з поширенням ВІЛ-інфекції, гепатитів В і С серед СІН.
4. Створення умов для ефективного лікування СНІДу, туберкульозу і супутніх захворювань, характерних для СІН (сепсис, гнійні інфекції, гепатити В і С, трофічні виразки, флебіти).
5. Створення умов для якісного медичного обслуговування вагітних жінок, які вживають наркотики.

Таким чином, всі психосоціальні втручання мають впливати на конкретні вимірювані показники та вирішувати конкретні питання. Наприклад, сприяти не просто формуванню доброзичливої атмосфери на сайті (яка є лише умовою для досягнення цілей), а сприяти утриманню пацієнтів в лікуванні, скороченню вживання ними інших ПАР тощо.

Зокрема, численні дослідження ефективності заходів психосоціального супроводу оцінювали їхній вплив на дотримання режиму лікування та зменшення частоти рецидивів, поліпшення стану здоров'я та соціального статусу пацієнта [4].

Можемо виокремити три цілі надання психосоціальної підтримки [60]:

- Сприяти утриманню пацієнтів у програмі шляхом подолання бар'єрів, які можуть ускладнювати залежність та які пов'язані з її соціальними, медичними та економічними наслідками.
- Сприяти формуванню навичок адаптації через розвиток вміння справлятися з факторами, що можуть спровокувати повернення до вживання (тригери).
- Сформулювати стратегії зменшення ризику від поведінки, що пов'язана з формуванням залежності, включаючи небезпечні практики ін'єкційного вживання наркотиків та ризикованої сексуальної поведінки. Такі поведінкові втручання набувають особливого значення у контексті попередження інфікування ВІЛ та іншими хворобами, що передаються через кров та статевим шляхом.

Окремо в документі зазначено, що завдяки заходам із психосоціальної підтримки також можливо ідентифікувати наявність проблем з психічним здоров'ям, які можуть бути серйозним бар'єром для залучення до лікування та наслідком поганих результатів лікування.

Можна виділити три цілі надання психосоціальних послуг [51]:

- зміна процесів які лежать в основі поведінки, спрямованої на вживання ПАР, та посилюють її;
- підвищення прихильності до медикаментозного лікування;
- лікування супутніх психіатричних захворювань та станів, що ускладнюють лікування залежності та/або діють як чинники, що можуть спровокувати повернення до вживання (тригер).

Таким чином, як бачимо, ключові цілі заходів психосоціального супроводу пов'язані передусім з дотриманням режиму лікування та попередженням повернення до вживання нелегальних наркотиків та ризикованої поведінки.

3.8.4 Обсяг заходів та вибір інтервенцій

Обсяг заходів психосоціальної підтримки може суттєво відрізнятись та залежить від наявних ресурсів конкретного лікувально-профілактичного закладу.

Відповідно до позиції ВООЗ, залежно від наявних умов щодо їх впровадження та ресурсів психосоціальні послуги можна умовно розділити на наступні:

- В якості **мінімальної рекомендації** йдеться про необхідність забезпечення доступу всіх пацієнтів ЗПТ до заходів психосоціальної підтримки у вигляді оцінки психосоціальних потреб, дружнього консультування та зв'язку з існуючими в країні службами допомоги родині та місцевими соціальними службами (ефективна співпраця та переадресація).
- В якості **передової практики** рекомендується забезпечити доступ до різних структурованих психосоціальних втручань, що відповідають потребам пацієнтів. Такі втручання можуть включати (але не обмежуватися) різні форми консультування та психотерапії, надання допомоги у задоволенні соціальних потреб, таких як житло, робота, освіта, соціальні пільги та сприяння у вирішенні правових проблем.
- Всім пацієнтам програми, які мають психічні розлади, має бути забезпечена психосоціальна підтримка та психіатричне лікування.

Провідні структури, які займаються дослідженням проблеми залежностей, пропонують виділяти наступну систему заходів із соціально-психологічної підтримки, яка має включати, як мінімум, наступні заходи [60]:

- оцінку психосоціальних потреб,
- підтримуюче індивідуальне та групове консультування,
- зв'язок з існуючими системами підтримки родини,
- переадресацію до організованої на базі громади системи підтримки.

Серед методів/підходів пропонується використовувати когнітивно-поведінкову терапію, мотиваційне інтерв'ю та групову терапію. В свою чергу підтримка має надаватися за наступними напрямками: попередження зривів, формування навичок вирішення/розв'язання проблем, менеджмент емоційного благополуччя, формування асертивної поведінки, фінансовий менеджмент [60].

Говорячи про надання широкого спектру різних соціально-психологічних послуг, постає питання щодо того, *які саме втручання мають доказову ефективність та в першу чергу рекомендовані для впровадження.*

Мета-аналіз результатів 34-х досліджень контрольованого режиму лікування від наслідків вживання ПАР у 2340 хворих, яким також надавалися психосоціальні інтервенції (управління випадками, профілактика рецидивів, когнітивно-поведінкова терапія, управління непередбачуваними випадками) для осіб, залежних від кокаїну, канабісу, опіоїдів та з полізалежністю, був проведений американськими дослідниками [16]. За результатами аналізу було визначено, що особи, які отримували психосоціальні послуги, в цілому продемонстрували кращі результати лікування, водночас, найкращі результати мали хворі, які отримували послуги із ведення випадку та поєднання когнітивно-поведінкової терапії із веденням випадку.

Відповідно до інтенсивності, втручання можна поділити на:

- 1) втручання з низькою інтенсивністю,
- 2) втручання з високою інтенсивністю, або високоінтенсивні втручання.

Втручання *низької інтенсивності* спрямовані на залучення СІН до лікувальних програм, підтримку ранніх змін щодо вживання ПАР та досягнення цілей зменшення шкоди. Надавач послуг в такому контексті діє, скоріше, як фасилітатор змін, ніж як терапевт. Зазвичай такі втручання є короткостроковими та включають першочергову оцінку від 3-х до 6-ти коротких сесій (тривалістю близько 30 хв.). Прикладом такого типу втручань є мотиваційне інтерв'ю, надання пацієнту інформації щодо базових принципів самопомоги тощо.

Короткострокові втручання спрямовані на попередження виникнення проблем та/або недопущення їхнього подальшого розвитку. В контексті програм ЗПТ мова може йти про акцентування на ризику передозування при одночасному споживанні метадону та алкоголю, формуванні безпечної сексуальної поведінки тощо. Зазвичай короткострокові втручання включають невелику консультацію та освітню сесію [60].

Втручання з *високою інтенсивністю* — це формалізоване психологічне консультування чи терапія, що надається фахівцем з відповідною освітою. Тривалість такого втручання становить до 20-ти сесій тривалістю близько 60 хв. кожна.

Окремим питанням у контексті співвідношення витрат та наданих послуг є формування стандартів щодо частоти надання психосоціальних послуг. У керівництві ВООЗ з фармакологічного лікування опіоїдної залежності із психосоціальним супроводом зазначається, що, відповідно до дослідження стосовно співвідношення витрат та результатів, яке було проведено в США, використання метадону разом з психосоціальними послугами середньої інтенсивності (1–2 год. на тиждень) більш ефективно з економічної точки зору, ніж використання метадону без супроводу або з послугами високої інтенсивності.

3.8.5 Опис інтервенцій

Наведені нижче заходи психосоціального супроводу містять посилання на джерела, за якими можна знайти детальну інформації щодо їх змісту [9, 60, 5].

Серед доказово ефективних інтервенцій рекомендуються наступні:

1. Когнітивно-поведінкова терапія.
2. Профілактика рецидивів.
3. Консультування.
4. Мотиваційне консультування (інтерв'ю).

5. Групи самодопомоги.
6. Сімейні групи самодопомоги.
7. Тренінг щодо працевлаштування (тренінг соціальних навичок).
8. Короткочасні втручання та управління випадком (case management).

Когнітивно-поведінкова терапія

Серед психосоціальних інтервенцій в роботі з пацієнтами ЗПТ вагоме місце займає когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Когнітивно-терапевтичний підхід вперше був впроваджений американським лікарем Аароном Т.Беком на початку 1960-х років та на сьогодні містить багато терапевтичних інтервенцій, зокрема для роботи з пацієнтами, залежними від ПАР, у тому числі пацієнтами ЗПТ.

Доведена ефективність даного виду інтервенції в програмах ЗПТ зумовлює необхідність його вивчення фахівцями та поширення у роботі соціальних працівників, психологів, лікарів.

Когнітивно-поведінкові втручання зазвичай ефективні після стабілізації стану пацієнта і мають бути спрямовані на утримання пацієнтів у програмі та запобігання рецидивам [60].

КПТ базується та фокусується на вивченні етіології залежності, інтервенції спрямовуються на підвищення мотивації пацієнта, надання нових знань про вживання ПАР та їх наслідки, формування у нього:

- адекватних уявлень про свою залежність;
- навичок контролювати власну поведінку та долати свій потяг до вживання ПАР, контролювати свій емоційний стан [62];
- навичок формування адекватної самооцінки;
- розвитку комунікативних навичок;
- навичок побудови соціального підтримуючого середовища, адаптації у соціумі (працевлаштування, навчання).

Всі ці навички та знання покликані забезпечити утримання пацієнта на лікуванні [34].

Поведінкові та когнітивні інтервенції можуть бути як індивідуальними, так і груповими, проте, незалежно від форми, пацієнти обов'язково долучаються до процесу та є безпосередніми учасниками у складанні переліку проблем, шляхів їх подолання із усвідомленням власної відповідальності.

При КПТ проводиться функціональний аналіз (ФА) типу поведінки пацієнта, його цінностей та уявлень, внутрішніх переконань та впливу оточуючого середовища. Після визначення проблем складаються плани їх вирішення [6].

Зусилля пацієнта можуть закріплюватися та мотивуватися поведінковими заохоченнями, наприклад, при утриманні від вживання алкоголю чи маріхуани він може отримати дозвіл на більш ліберальний спосіб лікування (не відвідувати лікувальний заклад щодня, а отримувати препарат на декілька днів для самостійного прийому).

Здійснюючи ФА, пацієнт визначає зовнішні та внутрішні фактори, які запускають вживання ним ПАР, та аналізує короткочасні позитивні й довготривалі негативні наслідки вживання кожної з ПАР. Визначаючи підкріплюючі фактори, які були актуальними для минулого, теперішнього та майбутнього, пацієнти стають «експертами» своїх власних проблем, з самого початку підвищуючи самоефективність.

Інформація за результатами ФА створює основу для вибору конкретних модулів для навчання навичкам, окремий ФА проводиться для кожної ПАР, від якої є залежність.

Подолання потягу до вживання ПАР. Пацієнтів вчать, як розпізнавати чинники, що запускають потяг, і як зменшувати час та інтенсивність їхнього впливу. Оскільки не завжди можна уникнути контакту з відповідними стимулами, варто навчити пацієнтів спеціальним методам копінгу, а потім розробити план дій у різних ситуаціях високого ризику.

Навички спілкування. Невербальні та вербальні навички спілкування відпрацьовуються шляхом моделювання під час рольових ігор. Особливий акцент робиться на використанні навичок формування асертивної поведінки у стосунках з людьми, які вживають ПАР, і щодо домашніх конфліктів. Важливими є навички усвідомлення й подолання почуття гніву.

Пацієнтів навчають, як розпізнати ситуацію, що запускає почуття гніву, а також внутрішні реакції, які є сигналами цієї емоції (існує різниця між гнівом як почуттям і його поведінковими проявами). Таким чином, афективні прояви представляються як природні. Щоб продемонструвати відмінності між пасивними, асертивними та агресивними реакціями, використовують рольові ігри. Для цих цілей також можуть застосовуватися вправи з релаксації (аутотренінгу).

Контролювання негативних афективних станів — одне із завдань КПТ. Пацієнту розповідають про депресивний ефект ПАР і навчають застосовувати когнітивну модель для розпізнання негативних думок та ефективної протидії цим думкам. Під час занять пацієнти наводять конкретні приклади із життя, обговорюють різні варіанти поведінки в конкретних ситуаціях, визначають найбільш ефективні, з точки зору утримання від вживання ПАР, способи поведінки та опановують ці навички.

Розвиток мережі соціальної підтримки. Пацієнтів просять заповнити **Карту соціальної підтримки** (див. *Додаток № 8*), у якій слід вказати контакти з людьми, які вживають і не вживають ПАР, а також мають позитивний чи негативний вплив. Карта соціальної мережі допоможе виявити наявну систему підтримки, а також наявні порушення соціальних зв'язків. Також аналізуються негативні думки, які ускладнюють використання систем підтримки.

Навички пошуку роботи й навички навчання. Пацієнтів просять визначити їхні цілі щодо освіти та зайнятості. Можна проаналізувати фактори, що ускладнюють навчання і перешкоджають високій успішності, і застосувати методи вирішення проблем та планування для подолання цих перешкод.

Подолання зривів. Пацієнтів навчають, як скласти план дій за надзвичайних обставин для подолання стресових ситуацій і як справлятися зі зривом, якщо він виник. Аналізуються реакції на епізоди вживання ПАР, включаючи поведінку, думки й почуття. Це допомагає підготуватися до можливої появи деструктивних автоматичних, негативних думок.

Когнітивно-поведінкові інтервенції можуть бути короткостроковими (короткострокові цілі із вирішення ситуативних проблем), проте зазвичай такий метод є тривалим, потребує кваліфікованих спеціалістів, достатньо часу та моніторингу втручань із вимірюванням досягнутих результатів.

Профілактика рецидивів

Враховуючи, що залежність — це хронічне захворювання, попередження рецидивів має бути невід'ємною складовою послуг психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ.

Ключовим у програмах з попередження зривів є навчальний компонент у контексті ознайомлення з конкретними стратегіями щодо попередження зриву через розуміння чинників, які його можуть викликати, вчасного розпізнавання їх, розпізнавання симптомів, що передують поверненню до вживання ПАР, а також оволодіння стратегіями послаблення дії провокуючих чинників.

Особливу увагу необхідно спрямовувати на хворих, які мають одночасно залежність від декількох ПАР. Для них часто необхідно розробляти окремі програми, спеціально спрямовані на попередження зривів, оскільки для різних ПАР провокуючими можуть бути різні чинники.

Завдання, які стоять перед пацієнтом у формуванні навичок попередження зривів [48]:

- Розуміння зриву як процесу, а не події.
- Розвиток навичок подолання ситуацій з високим ризиком вживання ПАР.
- Зміна стилю життя для попередження виникнення потреби у наркотиках.
- Збільшення участі у заходах, пов'язаних із формуванням здорового способу життя.
- Розуміння та реагування на соціальний тиск щодо спонукання до вживання ПАР.
- Розвиток підтримуючої мережі з метою попередження зривів.
- Розвиток навичок подолання негативних емоційних станів.
- Розвиток плану протидії зриву.
- Розпізнавання сигналів, що можуть передувати зриву, зовнішніх та внутрішніх «тригерів».
- Подолання спогадів щодо ейфорії, пов'язаної зі споживанням наркотиків.
- Посилення спогадів та розуміння негативних наслідків вживання наркотиків.
- Подолання бажання встановити контроль за вживанням наркотичних речовин («контрольоване вживання»).
- Уникнення людей, місць та ситуацій, що можуть провокувати на вживання.
- Розвиток та підтримка альтернатив вживанню наркотиків (продуктивне проведення вільного часу, отримання задоволення тощо).

Існують деякі чинники, які необхідно знати фахівцям, що надають медичну допомогу, та які можуть призвести до повернення до вживання:

- ілюзія, що пацієнт вилікувався після декількох тижнів або місяців невживання наркотиків;
- переконання щодо можливості контролювати споживання ПАР та вживати їх в соціально прийнятних межах;
- ідеалізація ефекту ейфорії та згадки лише про приємні ефекти, пов'язані із вживанням ПАР, та вибіркоче ігнорування негативних наслідків вживання наркотиків;
- перебільшення тяги до вживання наркотиків, що формує уявлення про неефективність лікування;
- нерозуміння ризику зриву та неготовність прийняти таку ймовірність, що призводить до надсильної реакції, коли зрив відбувається і часто є причиною виключення пацієнтів із програми;
- потрапляння у ситуації високого ризику.

Робота з попередження зривів поєднує тренінг формування навичок з когнітивними підходами для обмеження або скорочення частоти епізодів вживання. Попередження зривів починається з оцінки внутрішніх, зовнішніх, середовищних та психічних ризиків та факторів чи ситуацій, що можуть спровокувати повернення до вживання. Коли потенційні тригери та ситуації високого ризику визначені, застосовуються когнітивні та поведінкові методи.

У цілому можна говорити про:

- 1) навчання та інтервенції, спрямовані на ситуації середнього ризику (певні події, люди, ситуації, місця тощо), та
- 2) глобальну стратегію, що передбачає досягнення балансу та враховує чинники впливу стилю життя на повернення до вживання. В рамках зазначеної стратегії передбачається досягнення балансу між стресом та отриманням позитивних емоцій.

Цікавою технологією є так зване картування сценаріїв, коли може відбутися зрив та повернення до вживання. Розробка таких сценаріїв дозволяє пацієнту уникати ризикованих ситуацій та вчасно реагувати на них, передбачаючи й оцінюючи потенційні ризики [44].

Консультування — це формалізований процес, під час якого консультант і клієнт працюють разом для визначення ключових цілей та заради формування робочого плану. Консультативні сесії можуть фокусуватися на попередженні зривів та визначенні і попередженні ситуацій, які можуть сприяти поверненню до вживання ПАР. Формування практичних навичок відмови від вживання ПАР є важливим компонентом такого консультування. Консультант також допомагає у формуванні навичок подолання проблем та вироблення розуміння того, як проблеми можуть бути вирішені [60].

Консультативний процес має базуватися на терапевтичних взаємовідносинах між консультантом та пацієнтом, довірі й емпатії. Дана інтервенція є добровільною, оскільки певна частина стабільних пацієнтів не мають серйозних проблем і не потребують принаймні частих консультативних сесій. Консультуванням мають займатися навчені фахівці, наприклад психологи, але навіть якщо їх немає, з цим завданням можуть справитися соціальні працівники, які матимуть змогу надавати допомогу у вирішенні соціальних проблем.

Консультування може бути індивідуальним, груповим та сімейним.

Загальними цілями для всіх форм консультування мають бути:

- Надання підтримки, особливо на початкових етапах лікування, з метою запобігання вживання нелегальних ПАР.
- Моніторинг поведінки пацієнтів, яка може зумовити інші проблеми, наприклад, щодо порушень закону.
- Допомога та підтримка стосовно дотримання правил участі у програмі ЗПТ.
- Виявлення додаткових потреб, які потребують направлення пацієнта до інших служб для їх вирішення.
- Підтримка мотивації пацієнта до позитивних змін у його житті.

Складовими компонентами для досягнення цілей є:

- Направлення пацієнта до анонімних груп взаємодопомоги і підтримки.
- Надання знань та інформації щодо ПАР та наслідки їх вживання.
- Способи профілактики рецидивів вживання нелегальних ПАР.
- Вирішення нагальних проблем, таких як, наприклад, втрата місця проживання.
- Навчання методам самоконтролю в стресових ситуаціях.
- Навчання навичкам управління часом.
- Формування здорового способу життя та безпечної поведінки.
- Сприяння вступу пацієнта до соціально корисних груп чи організацій, наприклад, залучення до волонтерства у громадській організації.
- Безперервна освіта щодо здоров'я (особливо ВІЛ/СНІДу, гепатитів).

Сесії **індивідуального консультування** зазвичай частіше відбуваються на етапі початку лікування (декілька разів на тиждень), надалі, із стабілізацією стану пацієнта, вони відбуваються рідше (один раз на місяць) або за запитом пацієнта. Тематами для індивідуального консультування можуть бути:

- Контроль стану пацієнта, чи справляється він із потягом до вживання нелегальних ПАР.

- Перевірка та обговорення результатів тестування.
- Виявлення та вирішення нагальних проблем пацієнта, які можуть вплинути на результат лікування.
- Перегляд індивідуального плану лікування.
- Постановка та визначення вимірюваних цілей і розумних термінів їх досягнення, наприклад, працевлаштування.
- Моніторинг досягнень та змін у житті пацієнта.
- Обговорення ефективності дози препарату.
- Обговорення питань, пов'язаних із порушенням закону, наприклад своєчасне контрольне відвідування пацієнтом, який звільнився з місць позбавлення волі, відповідних правових і соціальних служб.
- Обговорення та вирішення сімейних проблем.
- Надання інформації та перенаправлення пацієнта до інших служб і сервісів для вирішення відповідних проблем.
- Вирішення рутинних життєвих питань, наприклад догляду за дітьми.

Групове консультування має певні переваги перед індивідуальним, тому що частина пацієнтів відчуває себе більш емоційно спокійно і впевнено, коли вони знаходяться у групі з рівними собі людьми. Групове консультування може проводити як навчений фахівець, так і соціальний працівник. У групі пацієнти можуть отримувати зворотний зв'язок від інших пацієнтів щодо вирішення подібних проблем, а також психологічну підтримку в контексті досягнутих позитивних змін у житті, наприклад утримання від вживання нелегальних ПАР, відновлення сімейних стосунків. Групове консультування може фокусуватися як на розвитку навичок керування власним емоційним станом (стресами), розвитку навичок міжособистісного спілкування, формуванні особистісних рис, адекватної самооцінки, так і просто на обміні прагматичною життєвою інформацією, яка є корисною при вирішенні рутинних повсякденних проблем.

Під час проведення консультування соціальні працівники повинні мати необхідний рівень медичних знань, що забезпечить більш ефективний їх вплив, наприклад, при мотивації пацієнта виконувати всі призначення лікаря при лікуванні ВІЛ/СНІДу чи гепатитів.

Мотиваційне консультування (інтерв'ю) є доказовою інтервенцією [5] та має на меті підтримати позитивні зміни у поведінці пацієнта, допомогти йому ставити цілі під час лікування та досягати їх [60]. Мотиваційне консультування (інтерв'ю) як особлива техніка включає наступне: обдумування та емоційне усвідомлення пацієнтом своєї поведінки, ризиків та їх наслідків для себе і оточуючих; оцінка власних та навколишніх ресурсів, що будуть стимулом та допомогою до змін; активізація усіх ресурсів і умов та підтримка досягнутих позитивних змін.

Консультування «рівний–рівному».

Рівні за досвідом, статусом, потребами та проблемами сприймаються більш довірливо та відкрито, зокрема у ситуації консультування одними пацієнтами ЗПТ інших пацієнтів [60].

Консультантами серед пацієнтів можуть бути особи, які володіють розвинутими комунікативними навичками, зацікавлені у збереженні здоров'я, поновленні соціального життя пацієнтів, мотивовані до надання допомоги іншим. Спеціальні знання, наприклад щодо лікування ВІЛ/СНІДу, гепатитів, профілактики рецидивів, пацієнти-консультанти можуть отримати як безпосередньо від медичних працівників, так і під час навчання на тренінгах. Пацієнти-консультанти можуть оцінити базові медичні та соціальні потреби інших пацієнтів, проконсультувати і порадити шляхи

їх вирішення. Суттєвою є довіра інших пацієнтів, оскільки пацієнт-консультант є зразком щодо вирішення подібних проблем.

Консультування за принципом «рівний–рівному» із залученням інших пацієнтів є одночасно і шляхом для розвитку програми, коли створюється мережа пацієнтів-активістів, а також шляхом для забезпечення утримання пацієнтів на ЗПТ (коли пацієнт-консультант стає наставником для нових пацієнтів та супроводжує їх до досягнення стабільного стану).

Серед інших ефективних і доведених психосоціальних інтервенцій є **групи самодопомоги, у тому числі сімейні групи** [60].

Групи самодопомоги є добровільними, створення та підтримка їхньої роботи відбувається за ініціативи самих пацієнтів. Зазвичай групи (такі як «Анонімні наркомани», чи «Анонімні метадонщики») складаються з невеликої кількості осіб і зустрічаються на регулярній основі, працюють за програмою «12 кроків». Під час зустрічей проходить обговорення різноманітних проблем пацієнтів, пов'язаних як із вирішенням проблем із здоров'ям, лікуванням, так і соціальними проблемами. Емоційна та психологічна підтримка пацієнтами один одного є базовою основою для функціонування груп самодопомоги. Хоча прямого ефективного впливу груп самодопомоги на участь у лікуванні ЗПТ немає, відвідування пацієнтами цих груп є додатковим фактором серед низки психосоціальних інтервенцій, що у кінцевому результаті позитивно впливає на утримання пацієнта у програмі. Суттєвою перевагою груп самодопомоги є незначні ресурси, необхідні для їх проведення.

Сімейні групи самодопомоги. Близьке оточення пацієнтів — члени сім'ї (батьки, чоловік чи дружина), а також близькі друзі є важливим ресурсом та джерелом підтримки пацієнта, сприяння позитивним змінам у його житті. До роботи у таких групах представники з близького оточення залучаються зі згоди пацієнта. Участь у сімейних групах дозволяє членам родини чи друзям краще зрозуміти природу залежності, процес змін у житті пацієнта, що відбувається завдяки лікуванню. У родичів формується адекватне уявлення про програму, після чого їхня підтримка стає більш інтенсивною та суттєвою для нього. У сімейних групах самодопомоги батьки мають змогу для вивчення досвіду інших батьків, як вони вирішували такі ж проблеми з їхніми власними дітьми-пацієнтами.

Тренінг щодо працевлаштування (тренінг соціальних навичок).

Доведено, що ресоціалізація пацієнтів, зокрема, якщо вони працевлаштовуються, є суттєвим фактором, який позитивно впливає не лише на участь у лікуванні, а й в цілому сприяє поверненню до повноцінного соціального життя. Одним із інструментів для забезпечення цього є проведення тренінгових навчань для формування у пацієнтів соціальних навичок і мотивації до пошуку роботи. Зазвичай ці навички були або втрачені через вживання нелегальних ПАР протягом тривалого часу, або взагалі не були сформовані.

На тренінгах пацієнти отримують інформацію про переваги соціальної стабільності за наявності працевлаштування, навчаються писати резюме, визначають, які професійні здобутки (освіта) або здібності мають для отримання нової професії. Важливим є участь у проведенні тренінгів соціального працівника, який, окрім іншого, може спілкуватися з потенційними роботодавцями та рекомендувати пацієнтів і направляти їх для подальшого працевлаштування.

Серед психосоціальних заходів ефективність довели також **короткочасні втручання та керування випадком (case management)** [5, 9, 43, 60].

Короткочасне втручання має складатися з шести елементів:

1. Зворотній зв'язок (пацієнт демонструє розуміння ризиків своєї залежності).
2. Відповідальність (пацієнт усвідомлює відповідальність власного вибору).
3. Чіткі та зрозумілі поради (інформація щодо зменшення зловживань може надаватися вербально чи у письмовому вигляді).

4. Альтернативні шляхи для змін (ефективним є надання декількох альтернативних підходів щодо зміни поведінки).
5. Емпатичний стиль терапії (спілкування з пацієнтом у теплій та довірливій атмосфері).
6. Самооцінка (пацієнт сам оцінює зміни). Доведена ефективність повторних візитів після проведеного короткочасного втручання.

Управління випадком (case management) забезпечує вирішення проблем пацієнта, пов'язаних зі станом здоров'я, отриманням лікування (у тому числі за переадресацією), а також соціальних проблем (пошуки житла, роботи, відновлення документів, допомога у розв'язанні конфліктів у сімейних стосунках тощо) шляхом ведення випадку під керівництвом кейс-менеджера.

В організації надання психосоціальних послуг важливим є урахування потреб отримувачів та забезпечення постійного зворотного зв'язку з ними. Це можна реалізувати шляхом залучення отримувачів послуг до їх надання.

Перевагами такого підходу є краще визначення потреб та планування інтервенцій, що, в свою чергу, сприяє підвищенню якості надання послуг та допомагає у їх впровадженні. Участь пацієнтів ЗПТ у наданні послуг сприяє кращому досягненню результатів лікування і утриманню в програмі.

Позитивний досвід: Китай (модель на базі 4-х клінік).

Пакет втручань:

- групи взаємодопомоги для членів родин,
- система «менторінгу» (наставництва),
- залучення за оплату до участі у груповому та індивідуальному консультуванні за моделлю «рівний–рівному» (асистування консультуванню),
- групове консультування двох типів: зустрічі самодопомоги та групова терапія під керівництвом професіонала,
- індивідуальне консультування двох типів: «рівний–рівному» та, для більш складних випадків, фахівцем з відповідною освітою.

Кожен новий пацієнт при вступі в програму прикріплюється до ментора (наставника). Роль наставника полягала у тому, щоб пояснити новому учаснику ключові особливості організації лікувального процесу, бути доступним для надання інформації стосовно роботи лікувального закладу, правил участі у програмі, відповідальності клієнта за порушення. За попередньої згоди клієнта наставник розпочинав пошуки пацієнта, якщо той пропускав лікування протягом більш ніж двох днів.

Консультанти «рівний–рівному» проходили навчання щодо розпізнавання ранніх симптомів та сигналів посттравматичного стресового та межового розладу особистості, були навчені, куди переадресувати таких осіб для отримання фахової допомоги та як взаємодіяти з ними під час очікування професійної допомоги, як фасилітувати зустрічі «рівний–рівному» [60].

3.9 Окремі питання ведення пацієнтів (тестування на наркотики та формування прихильності до препарату, що видається для самостійного прийому)

3.9.1 Тестування на наркотики

Тестування пацієнта програми ЗПТ щодо вживання інших ПАР є важливим інструментом спрямованим на:

- оцінку ефективності лікування;
- моніторинг прогресу лікування.

Відповідно до рекомендацій панелі експертів, наведеній у Керівництві провідної американської агенції, яка займається питаннями залежностей та психічним здоров'ям (Drug Control and Access to Medications Consortium) [60], якщо у пацієнта, який знаходиться в програмі від одного до трьох років, 20% і більше тестів мають позитивний результат, необхідно вживати спеціальних заходів, спрямованих на досягнення ефекту лікування, що, зокрема, полягає у значному скороченні та припиненні вживання ПАР. Вкрай важливо, щоб всі 100% тестів, які використовуються для визначення того, чи вживає пацієнт призначений йому препарат, були позитивними. Менший відсоток свідчить про нецільове використання препарату та його витік. Результати тестування на наркотики допомагають особам, які приймають рішення, виявляти та моніторити ситуацію із вживання нелегальних ПАР та пропонувати нові послуги у відповідь на нові виклики або модернізувати ті, що вже надаються. Водночас варто пам'ятати, що позитивні результати тестування не можуть бути підставою для виключення пацієнта з програми та будь-яких інших покарань.

Пропонується проведення декількох типів тестів:

- на вживання ПАР;
- на вживання алкоголю (зважаючи на седативну дію алкоголю та його взаємодію з метадонам, важливо відслідковувати зловживання ним пацієнтом, використовуючи тести крові та дихання);
- для підтвердження факту, чи дійсно пацієнт приймає призначений йому препарат (актуально для пацієнтів, які отримують препарат для самостійного прийому).

Питання щодо переліку ПАР, на виявлення факту вживання яких необхідно тестувати пацієнта, вирішується індивідуально для кожного випадку з урахуванням його уподобань, існуючої наркосцени та потенційного ризику для здоров'я і життя у результаті поєднання препаратів ЗПТ та конкретних ПАР.

Обмеження тестування:

- у пацієнтів, які приймають низькі дози метадону, результати можуть бути помилково негативними, незважаючи на те, що вони приймають препарат повністю [50];
- прийом додаткових препаратів для лікування супутніх захворювань (наприклад АРВ-терапії) може впливати на швидкість метаболізму метадону, а отже — на результати тестування;
- значна кількість медикаментів, які приймає пацієнт, може давати помилково позитивні результати;
- пацієнти можуть фальсифікувати результати тестування.

Рекомендації щодо організації та проведення тестування

Тип тесту:

- використання тестів сечі, із економічної точки зору, є більш вигідним у порівнянні з тестами крові, які обмежені у використанні через більш високу вартість та через те, що більшість наркотичних речовин не визначаються в крові вже через 12 годин після їх вживання;
- для підвищення надійності результатів рекомендується поєднання тестів сечі та самозвітів щодо вживання ПАР;
- результати, отримані з використанням тестів слини, здебільшого не відрізняються від результатів, отриманих на тестах сечі, однак варто пам'ятати, що концентрація речовин у слині нижча порівняно з сечею, а також, що деякі речовини довше залишаються саме в сечі;
- коли необхідно переконатися, що зразок, який досліджується, дійсно належить пацієнту, рекомендується використання оральних тестів (можливість організації збору зразка під безпосереднім наглядом).

Прийняття рішення щодо тестування:

- підставою для проведення тестування може бути:
 - контрольне обстеження,
 - обстеження, необхідне для відслідковування прогресу лікування перед зміною графіка відвідування ЛПЗ/прийому препаратів;
 - підозра щодо вживання ПАР.

Процедура забору зразка:

- пацієнтів слід ще на стадії включення до програми поінформувати щодо вимог стосовно проходження тестування, умов його проведення та частоти;
- рекомендовано мати чітко сформовані політики стосовно проведення тестування (див. приклад нижче);
- для окремих випадків, якщо є підозра щодо фальсифікації результатів тесту, забір зразка здійснюється під контролем.

Помилково негативні тести можуть з'явитися як результат фальсифікації пацієнтом або лабораторної помилки.

Способи, за допомогою яких пацієнти намагаються вплинути на результати тестування:

- використання сечі іншої особи;
- розбавлення зразка;
- додавання інших речовин до зразка (наприклад солі, крові).

Стратегії, спрямовані на мінімізацію фальсифікацій:

- для попередження спроб нагрівання сечі, яка принесена заздалегідь, слід обмежити доступ до гарячого водопостачання у приміщенні, де пацієнт готує зразок;
- переконатися, що при здачі зразка сечі пацієнт знаходиться в приміщенні один;
- користуватися пристроями для визначення температури зразка одразу після його взяття;
- пряме спостереження за процесом збору зразку;
- пояснити пацієнту, що позитивні результати тестування не будуть використовуватися для каральних заходів, таких як виключення пацієнта з програми та зниження дози препаратів.

Частота тестування:

Враховуючи вартість тестів, програми ЗПТ часто обмежують частоту тестування пацієнтів. Водночас, аби оцінити прогрес лікування та визначити, чи може пацієнт приймати препарат самостійно, тестування має проводитись регулярно за рандомізованим принципом. Для пацієнтів, які продовжують вживати інші ПАР або демонструють негативні тести на вживання призначених препаратів, рекомендується збільшення частоти тестування. Водночас слід уникати прийняття рішень стосовно подальшого лікування пацієнтів, які можуть вплинути на його життя, базуючись лише на результатах тестування. SAMHSA рекомендує для відслідковування прогресу лікування використовувати мінімум вісім тестів на одного пацієнта за рік. Потреба проведення тестування для кожного окремого пацієнта має визначатися індивідуально, виходячи з прогресу лікування, та проводитися частіше на початковій фазі лікування.

Приклад політики щодо проведення тестування (скорочено)

Приклад політики для моніторингу вживання наркотиків через проведення аналізів сечі

Ця політика створена для моніторингу вживання наркотиків через забір сечі методом випадкової вибірки (під наглядом).

Мета:

Аналіз сечі проводиться для визначення та оцінки стабільності пацієнта і правильності підбраної дози препаратів. Результати тестування можуть показати, що необхідно переглянути дозу, призначену пацієнту, та, можливо, посилити заходи щодо супроводу лікування. Сам позитивний результат тесту не може свідчити про те, що пацієнт має погані результати лікування. Така оцінка має здійснюватися із урахуванням інших чинників. Результати тестування ні в якому разі не можна використовувати для покарання пацієнта та/або виключення з програми. Пацієнт має бути запевнений, що результати його тестування є конфіденційними та не можуть бути розголошені без його згоди або без рішення суду.

Загальна інформація та бажаний результат:

Відповідно до законодавчої бази (Наказ МОЗ від 17.12.2015 р. № 863 «Про внесення змін до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року №200), кожен новий пацієнт має здавати тести сечі протягом перших шести місяців лікування раз на тиждень з можливістю скорочення частоти на основі відслідковування результатів. Водночас жоден пацієнт не має тестуватися рідше одного разу на місяць.

Тестування має відбуватися без попередження пацієнта щодо дати та часу його проведення. Сеча тестується на предмет наявності у ній інших ПАР та призначеного препарату ЗПТ.

Пацієнт може відмовитися від здачі зразка сечі. Водночас, проходження обстеження заохочується. Якщо пацієнт відмовляється пройти обстеження в день, коли йому це пропонується, то зразок забирається наступного дня. Якщо пацієнт відмовляється робити це знову, то це є підставою для припинення видачі препаратів для самостійного прийому та обговорення проблеми у колі фахівців з числа медичного персоналу та спеціалістів із психосоціального супроводу.

Процедура:

- перед тим, як пацієнт увійде до приміщення, де буде здавати аналіз сечі, його просять залишити верхній одяг, сумку та інші речі, щоб попередити спроби фальсифікації досліджуваного зразка. Перед забором зразка пацієнта просять також вимити руки, аби попередити забруднення зразка сечі, що робить його неприйнятним для проведення аналізу.

- Якщо зразок забирається під безпосереднім контролем, то наглядати за збором може лише медичний працівник тієї ж статі, що й пацієнт. Працівник наглядає, щоб пацієнт не додавав воду до зразка сечі для його розбавлення.
- Для проведення аналізу пацієнт здає близько 50 мг сечі.
- Зразок аналізується відповідно до кольору, температури (32,5–37,7°C). Температура перевіряється протягом перших 30 сек. після взяття зразка.
- Якщо пацієнт не може здати сечу, йому пропонують випити достатню кількість води. Якщо пацієнт, незважаючи на це, все одно не здатен здати зразок, йому пропонують зробити це наступного дня.
- Якщо пацієнт відмовляється здати зразок, його необхідно направити на консультацію. Після перегляду ситуації лікування, лікувальний план та частота візитів до клініки мають бути переглянуті.

3.9.2 Методи підвищення прихильності до прийому препарату, що видається для самостійного прийому

На сьогоднішній день база свідчень про видачу препарату ЗПТ на руки є дуже обмеженою, навіть на міжнародному рівні. Більшість досліджень стосуються прийому препаратів ЗПТ під контролем. Через відсутність достатніх даних невідомо, чи матиме прийом препаратів ЗПТ самостійно такий же ефект, як прийом під контролем, що доведено численними дослідженнями. Зокрема, невідомо, чи матимуть пацієнти такі ж високі показники утримання в програмі, невживання чи скорочення вживання інших ПАР, зниження кримінальної поведінки та покращення якості життя, як при прийомі препаратів під медичним контролем. Водночас невідомо, яким є об'єм витоку препарату в нелегальний обіг.

Проблема зловживання призначеними для самостійного прийому наркотичними препаратами є надзвичайно гострою у всьому світі і стосується не лише препаратів ЗПТ, а й будь-яких препаратів з потенціалом щодо формування залежності. Так, показовим є дослідження Коуто, Ромні та інших вчених [12], яке проводилося протягом трьох років, з 2006 по 2009 рік. За результатами дослідження, 75 % пацієнтів (один пацієнт міг попадати в декілька категорій) продемонстрували недостатню прихильність до прийому препаратів, зокрема, метод уриноконтролю показав:

- 38% — невизначений рівень призначених медикаментів,
- 29% — присутність медичних препаратів, які не призначалися,
- 27% — вищий рівень препарату, ніж мав бути,
- 15% — нижчий рівень препарату,
- 11% — прийом нелегальних наркотиків.

Зазначені дані [12] слід брати до уваги при впровадженні самостійного прийому наркотичних лікарських засобів, і це є проблемою, що стосується не лише наркозалежних і потребує впровадження низки заходів, спрямованих на формування прихильності до правильного прийому препаратів.

Наприклад, з метою підвищення прихильності до лікування та попередження зловживань наркотичними лікарськими засобами, які видаються для самостійного прийому (до яких можна віднести і препарати ЗПТ — CDC, SAMHSA, WHO, рекомендують наступні заходи:

- лікувальний план та лікувальний контракт (мета терапії, ризики та переваги від лікування опіоїдами, вимоги щодо отримання препаратів від одного лікаря, побічні ефекти, графік

візитів, згода на здачу аналізів сечі, підрахунку залишків препарату, участь в програмах лікування залежності);

- візити (для підрахунку залишків препарату);
- уриноконтроль;
- контроль за отриманням препарату (один лікар, виписка препарату на обмежений строк);
- залучення близьких до формування прихильності, моніторингу успішності лікування;
- призначення препаратів, які меншою мірою допускають зловживання (наприклад, рідкий метадон або бупренорфін у формі препарату-мазка, розведення доз метадону тощо).
- аналіз причин запиту на збільшення дози (посилення болю, формування толерантності, пошук ейфорійних відчуттів, бажання знизити рівень депресії, тривоги тощо).

Відповідно до Клінічної настанови «Australian National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence» [5], розведення дози метадону, що видається на руки, зменшує вірогідність того, що хтось сторонній (наприклад, дитина) випадково проковтне всю дозу. Це також знижує вірогідність того, що пацієнт спробує прийняти препарат ін'єкційним шляхом або передати його сторонній особі, оскільки розведений метадон має меншу вартість. Рекомендується розводити більшу за 25 мг дозу метадону в 100 мл рідини, а меншу за 25 мг — у 50 мл рідини (залежно від відповідних нормативів, якими може регулюватися об'єм рідини для розведення метадону).

Для формування прихильності до препаратів, виданих для самостійного прийому, варто розуміти причини порушення прихильності до лікування, до яких можна віднести:

- пошук ейфорії;
- зловживання призначеними препаратами або прийом додаткових препаратів (наприклад, з седативним ефектом) для подолання тривоги, страху, депресії/стресу, проблем зі сном тощо;
- здобуття препарату для продажу;
- неадекватні дози препаратів (знижені, завищені) та страх перед тим, що ліки закінчаться (завищення потреби, відкладання «на потім» тощо).

Приклад лікувального контракту*

Пацієнт _____ Лікар _____ Дата _____

Метою лікувального плану є керування болем у шиї та сильним головним болем. Одним з основних завдань є також сприяння лікуванню залежності.

1. Щоденний прийом препаратів: __[назва]__ 1,200 мг/тричі на день.
2. При перших ознаках головного болю я прийму ібупрофен (600 мг).
3. Якщо буде можливість, я полежу в темній кімнаті, тримаючи біля шиї та плечей пакет з льодом протягом 15–20 хв., щоб препарат подіяв. Якщо через 30 хв. біль продовжує ватиметься, я прийму _____ [назва] _____ (500 мг). Якщо препарат не подіє, я прийму опіоїдні препарати. Я зобов'язуюсь не шукати ці препарати в інших лікарів, знайомих, через мережу Інтернет. Натомість я обговорюватиму те, чому план не працює з моїм лікуючим лікарем _____
4. Я щотижня відвідуватиму лікаря _____ для проведення акупунктури.

5. Я щодня ходитиму пішки по 30 хв.
6. Я не відвідуватиму інших лікарів без обговорення і погодження цього питання з лікуючим лікарем.
7. Я відвідуватиму групи АН тричі на тиждень, зустрічатимусь зі спонсором раз на тиждень.
8. Я зобов'язуюсь, на вимогу лікаря, здати тест сечі на визначення психоактивних речовин.
9.

Важливі контакти

Пацієнт _____ Лікар _____ Дата _____

** Managing Chronic Pain in Adults With or in Recovery From Substance Use Disorders, SAMHSA.*

3.10 Інфекції, що передаються статевим шляхом

Актуальність послуг з ІПСШ у системі надання інтегрованої допомоги зумовлена, з одного боку, значним зростанням частки статевого шляху інфікування ВІЛ, ростом захворюваності на ІПСШ в Україні, а з іншого — підвищенням імовірності інфікування особи ВІЛ статевим шляхом на тлі наявних у неї інших ІПСШ.

Заходи з профілактики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, спрямовані на СІН та пацієнтів ЗПТ, не вирізняють особливих підходів та узагальнюють специфіку роботи з групами підвищеного ризику до інфікування ВІЛ. Проте при веденні пацієнтів з підозрою на опіоїдну залежність, слід пам'ятати, що в цілому поведінка, пов'язана із вживанням наркотиків, також створює умови підвищеного ризику інфікування ІПСШ.

За результатами численних досліджень також встановлено, що ІПСШ суттєво підвищують ризики передачі та інфікування ВІЛ статевим шляхом, який залишається актуальним для СІН навіть при перебуванні на ЗПТ та виключенні практики ін'єкційного вживання. Передачі ВІЛ сприяють наявність сифілісу, генітального герпесу, гонореї, хламідіозу, трихомонозу, кандидозу, мікоплазмозу та інших венеричних інфекцій. Ерозії та виразки, запалення, пошкодження тканин, зумовлені ІПСШ, ослаблюють чинники захисту організму від інфікування ВІЛ.

Специфіку роботи з СІН в контексті профілактики та лікування ІПСШ можна окреслити наступними факторами:

- перебування в стані наркотичного сп'яніння впливає на прийняття виважених рішень, що здебільшого призводить до нехтування засобами персонального захисту;
- СІН можуть мати декілька випадкових партнерів, переважно також активних споживачів наркотиків, що значно підвищує ризики інфікування;
- депресивні розлади та низька самооцінка також сприяють випадковим сексуальним контактам;
- жінки-споживачі можуть бути постійно або періодично залучені до комерційного сексу;

- недовіра до надавачів медичних послуг, низький рівень уваги до власного здоров'я та симптомів інфікування сприяє пізній діагностиці ІПСШ та їхньому «накопиченню»;
- періодичність лікування та недотримання режимів створюють умови для резистентності до антибіотиків, що ще більше ускладнює лікування.

Програми з розповсюдження презервативів і пропаганда безпечного сексу за допомогою інформаційних інтервенцій є важливою стратегією для профілактики ІПСШ та складовою комплексного пакету, що надається СІН. Перебування на ЗПТ слід розглядати як додаткову можливість вирішення супутніх проблем, в тому числі профілактики інфікування ІПСШ.

Послуги з діагностики ІПСШ повинні впроваджуватися передусім з урахуванням потреб клієнтів, забезпечуючи максимально зручний і безперешкодний доступ до них. Для СІН це можуть бути центри інтегрованих послуг, сайти, де пацієнти отримують ЗПТ. Тільки такий формат дозволить досягти адекватного рівня охоплення цією послугою представників цільової групи. З метою наближення послуги до споживачів скринінг на виявлення ІПСШ може проводитися у різноманітних умовах. Йдеться не тільки про ЗОЗ, але й про мобільні амбулаторії, що надають послуги представникам цільової групи. Наразі не існує обмежень щодо типів ЗОЗ, у яких можливе призначення обстежень з метою діагностики ІПСШ, але остаточно підтвердити діагноз може тільки лікар-дерматовенеролог. Обстеження на ІПСШ є добровільними, тому для розуміння його важливості з пацієнтами потрібно додатково проводити роз'яснювальну роботу. Пацієнтам, які відносяться до уразливих груп, рекомендується проводити обстеження на ІПСШ не рідше одного разу на рік.

Для діагностики ІПСШ застосовуються мікроскопічні, культуральні, імунологічні, цитологічні, біохімічні та інші типи лабораторних досліджень. Водночас для більшості поширених ІПСШ існують швидкі (експрес) тести. Для досліджень за допомогою експрес-тестів використовують кров або сироватку (у разі сифілісу), мазок або сечу (у разі гонореї, хламідіозу). Кожне з обстежень можна організувати у різних варіантах, залежно від наявності лабораторних потужностей, тест-систем і додаткового обладнання (певні дослідження можуть бути організовані на базі одного закладу чи організації, інші — шляхом співпраці з іншою лабораторією).

Лікування ІПСШ здійснюється лікарями, які мають відповідну підготовку, — дерматовенерологами, гінекологами, урологами, терапевтами, сімейними лікарями, але у разі діагностування сифілісу або гонореї обов'язковою є консультація дерматовенеролога. Лікування більшості випадків проводиться в амбулаторних умовах або в денному стаціонарі.

Бібліографія

1. 2006 Kaiser Family Foundation Survey of Americans on HIV/AIDS. [electronic resource]. — Режим доступу: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7513.pdf>.
2. Addictive behaviors across the life span: Prevention, treatment, and policy issues / Baer J. S., Marlatt G. A., & McMahon R. J. (Eds.). — Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1993.
3. Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors in Substance Abuse // Treatment Improvement Protocol (TIP). Series. — № 50. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2009.
4. Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence // The Cochrane database of systematic reviews [electronic resource]. — 2011. — №5(10).
5. Australian national guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence — 2014.
6. Beck A., Wright F., Newman C., Liese B. Cognitive Therapy of Substance Abuse. — New York: Guilford Press, 1993.
7. Bellack A., Gearon J. Substance abuse treatment for people with schizophrenia // Addictive Behaviors. — 1998. — №23(6). — pp. 749–766.
8. Boden M., Moos R. Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment // Journal of Substance Abuse Treatment. — 2009. — №37. — pp. 335–345.
9. Brief Interventions and Brief Therapies // Treatment Improvement Protocol (TIP). Series. — № 34. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 1999.
10. Brooner R., King V., Kidorf M., Schmidt C., Bigelow G. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. — Archives of General Psychiatry. — 1997. — № 54. — pp. 71–80.
11. Contandriopoulos D., Brousselle A. Reliable in their failure: An analysis of healthcare reform policies in public systems // Health Policy. — 2010. — Volume 95. — Issue 2. — pp. 144–152.
12. Couto J., Romney M., Leider H., Sharma S., Goldfarb N. High rates of inappropriate drug use in the chronic pain population // Population Health Management. — 2009. — № 12(4). — pp. 185–90.
13. Darke S., Finlay-Jones R., Kaye S. Anti-social personality disorder and response to methadone maintenance treatment // Drug and Alcohol Review. — 1996. — № 15. — pp. 271–276.
14. Dugosh K., Abraham A., Seymour B., McLoyd K., et al. A Systematic Review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction // Journal of Addiction Medicine. — 2016. — Volume 10. Issue 2. — pp. 93–103.
15. Dunlop A., Petroulias D., Marope D., Khoo K., et al. Pharmacotherapies and pregnancy. / Pharmacotherapies for Opioid Dependence Treatment. Mattick R., Lintzeris N. eds. — London, 2009. — pp. 282–329.
16. Dutra L., Stathopoulou G., Basden S., Leyro T., et al. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders // American Journal of Psychiatry. — 2008. — № 165 (2). — pp. 179–87.

17. Evidence for action on effectiveness of needle syringe programmes in HIV prevention/ R.H. Needle, D. Burrows, S. Friedman, J. Dorabjee, G. Touzé, et al. — WHO: United Nations Office on Drugs and Crime, 2004.
18. Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use. Policy brief: reduction of HIV transmission in prisons. — Geneva, WHO, 2004.
19. Evidence for action technical papers. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. — Geneva: WHO, 2007.
20. Flynn P., Brown B. Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and Prospects // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 2008. — № 34(1). — pp. 36–47.
21. Gaalema D., Scott T., Heil S., Coyle M., et al. Differences in the profile of neonatal abstinence syndrome signs in methadone- versus buprenorphine-exposed neonates // *Addiction*. — 2012. — № 107. — pp. 53–62.
22. Gentilello L., Ebel B., Wickizer T., Salkever D., Rivara F. Alcohol Interventions for Trauma Patients Treated in Emergency Departments and Hospitals: A Cost Benefit Analysis // *Annals of Surgery*. — 2005. — № 241(4). — pp. 541–550.
23. Good Practice in Care Planning. – National Treatment Agency for Substance Misuse, 2007.
24. Guidelines on the management of latent tuberculosis infection. — Geneva: WHO, 2015.
25. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. — Geneva: WHO, 2009.
26. Integrated care for drug or alcohol users: principles and practice update. — Edinburgh, 2008. [electronic resource] — Режим доступу: <http://www.gov.scot/Resource/Doc/224855/0060845.pdf>.
27. Jané-Llopis E., Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe. — Nijmegen: Radboud University Nijmegen, 2005. [electronic resource] — Режим доступу: http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11711/a_policy_for_eu-rope.pdf.
28. Jansson L. Neonatal abstinence syndrome // *Acta paediatrica*. — 2008. — № 11. — pp. 1321–1323.
29. Jones H., Kaltenbach K., Heil S., Stine S., et al. Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure // *The New England journal of medicine*. — 2010. — № 363(24). — pp. 2320–31.
30. Jones H., Finnegan L., Kaltenbach K. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence in pregnancy. / *Drugs*. — 2012. — Apr № 72(6). — pp. 747–57.
31. Hoffman J., Moolchan I. The phases-of-treatment model for methadone maintenance: implementation and evaluation // *Journal of Psychoactive Drugs*. — 1994. — № 26(2). — pp. 181–97.
32. Huber M., Stanciole A., Bremner, J., Wahlbeck K. Quality in and equality of access to healthcare services. [electronic resource] — Brussels: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, European Communities, 2008. — Режим доступу: http://www.ehma.org/files/HealthQuest_en.pdf.
33. Kadden R., Carroll K., Donovan D., et al. Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence // NIAAA Project MATCH Monograph Series. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1992. — Vol. 3.

34. Kassed C., Levit K., Hambrick M. Hospitalizations Related to Drug Abuse / Statistical Brief #39 // Healthcare Cost and Utilization Project Statistical Briefs [Internet]. — Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.
35. King V., Brooner R., Kidorf M., Stoller K., Mirsky A. Attention deficit hyperactivity disorder and treatment outcome in opioid abusers entering treatment // *The Journal of nervous and mental diseases*. — 1999. — №187(8). — pp. 487–95.
36. Kresina T., Bruce R., McCance-Katz E. Medication assisted treatment in the treatment of drug abuse and dependence in HIV/AIDS infected drug users // *Current HIV Research*. — 2009. — T. 7. — № 4. — pp. 354–364.
37. Kuussaari K., Partanen A. Administrative challenges in the Finnish alcohol and drug treatment system. [electronic resource]. — 2010. — Режим доступа: http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/4930/12_Kuussaari.pdf
38. Kwiatkowski C., Booth R., Lloyd L. The effects of offering free treatment to street-recruited opioid injectors // *Addiction*. — 2000. — №95(5). — pp. 697–704.
39. Lingford-Hughes A., Welch S., Peters L. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP // *Journal of psychopharmacology*. — 2012 — № 26(7). — pp. 899–952.
40. Low A., Mburu G., Welton N., May M., et al. Impact of Opioid Substitution Therapy on Antiretroviral Therapy Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Clinical infectious diseases*. — 2016. — № 15(8). — pp. 1094–1104.
41. Magura S. Effectiveness of dual focus mutual aid for co-occurring substance use and mental health disorders: a review and synthesis of the “Double Trouble” in recovery evaluation. // *Substance Use & Misuse*. — 2008. — №43. — pp.1904–1926.
42. Marfleet F., Trueman S., Barber R. National Standards of practice for case management. — Case Management Society of Australia & New Zealand, 2013.
43. Marlatt G., Donovan D. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. — NY, 2008.
44. Marlowe D., Glass D., Merikle E., Festinger D., DeMatteo D., et al. Efficacy of coercion in substance abuse treatment // *Relapse and Recovery in Addictions*. Tims F., Leukefeld C., Platt J., eds. — New Haven, CT: Yale University Press, 2001. — pp. 208–227.
45. McLellan A., Arndt I., Metzger D, Woody G., O’Brien C. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment // *Journal of the American Medical Association*. — 1993. — № 269 (15). — pp. 1953–1959.
46. McLellan A., Lewis D., O’Brien C., Kleber H. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation // *The Journal of the American Medical Association*. — 2000. — № 284 (13). — pp. 1689–95.
47. Medication-assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programs. Treatment Improvement Protocol (TIP). Series. — № 43. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2012.
48. Miller W. Behavioral treatments for drug problems: lessons from the alcohol treatment outcome literature. — National Institute on Drug Abuse, 1993.
49. Moolchan E., Umbricht A., Epstein D. Therapeutic drug monitoring in methadone maintenance: Choosing a matrix // *Journal of Addictive Diseases*. — 2001. — № 20(2). — pp. 55–73.

50. National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. — American Society of Addiction Medicine, 2015.
51. National Survey on Drug Use and Health. — United States Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015. — Режим доступу: <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/NAHDAP/studies/4596>.
52. Nesvaag S., Lie T. The Norwegian substance treatment reform: Between new public management and conditions for good practice // *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. — 2010. — №27 (6). — pp. 655–666.
53. Nuorvala Y., Huhtanen P., Ahtola R., Metso L. Huono-osaisuus mutkistuu — kuudes päihdetapauskenttä // *Yhteiskuntapolitiikka*. — 2010. — №73. — pp. 659–666.
54. Panel on treatment of HIV-infected pregnant women and prevention of perinatal transmission. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States. — Режим доступу: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf>.
55. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide/Third Edition. — National Institute of Drug Abuse, 2012.
56. Prochaska J., Di Clemente C. Toward a comprehensive model of change // *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change* / Miller W., Heather, N., eds. — New York, 1986. — pp. 3–27.
57. Prochaska J., Di Clemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change // *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. — 1982. — № 19(3). — pp. 276–288.
58. Prochaska J., Di Clemente C., Norcross J. In search of how people change: Applications to addictive disorders // *American Psychologist*. — 1992. — №47(9). — pp. 1102–1114.
59. Psychosocial Support for Clients of Medication Assisted Treatment: Guidance: Prepared for Drug Control and Access to Medications Consortium. — Sydney: APMG, 2010.
60. Ray G., Mertens J., Weisner C. The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems // *Medical Care*. — 2007. — № 45 (2). — pp. 116–122.
61. Reilly P., Shopshire M. Anger management for substance abuse and mental health clients: A cognitive behavioral therapy manual. — Washington (DC): Center for Substance Abuse Treatment, 2015.
62. Robinson P. Reiter J. Behavioral Consultation and Primary Care: A Guide to Integrating Services. — Seattle, 2007.
63. Russo C, Elixhauser A. Hospitalizations in the Elderly Population, 2003 , Statistical Brief #6 // *Healthcare Cost and Utilization Project Statistical Briefs* [Internet]. — Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.
64. Samet J., Stein M., O'Connor P. Models of medical care for HIV-infected drug users // *Substance Abuse*. — 1995. — T. 16. — № 3. — C. 131–139.
65. Satre D., Mertens J., Areán P., Weisner C. Contrasting outcomes of older versus middle-aged and younger adult chemical dependency patients in a managed care program. // *Journal of studies on alcohol*. — 2003. — №64 (4). — pp. 520–530.
66. Spire B, Lucas G., Carrieri M. Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST) // *International Journal of Drug Policy*. — 2007. — №18. — pp. 262–270.
67. Stuckler D., Basu S., McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes // *British Medical Journal*. — 2010. — №340. — p. 3311.

68. Substance Abuse Treatment for persons with co-occurring disorders // Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. — № 42. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2012.
69. Substance Abuse Treatment for persons with HIV/AIDS // Treatment Improvement Protocol (TIP). Series. — № 37. — Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — 2000.
70. Sylla L. et al. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services // International Journal of Drug Policy. — 2007. — Т. 18. — № 4. — pp. 306–312.
71. Torrens M., Mestre-Pintó J-I., Domingo-Salvany A. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. — Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015.
72. Treatment of injecting drug users with HIV/AIDS: promoting access and optimizing service delivery. — WHO, 2006.
73. TREATNET: Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services. — UNODC, 2012.
74. Vaughn B., Williams A. A window into addiction treatment and primary care integration. [electronic resource]. — Режим доступу: <https://www.integration.samhsa.gov>
75. Weisner C., Hinman A., Lu Y., Chi F. W., Mertens J. Addiction treatment ultimatums and U.S. health reform: A case study. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. — 2010 — № 27 (6). — pp. 685–698.
76. Woody G., McLellan A., Luborsky L., O'Brien C. Psychotherapy in community methadone programs: a validation study // The American Journal of Psychiatry. — 1995. — №152 (9). — pp. 1302–1308.
77. Внедрение интегрированных услуг для лиц с наркотической зависимостью в лечебных учреждениях охраны здоровья / ред. Думчев К. — К., 2011.
78. Думчев К., Форостяна О. Оценка доступности комплексных медико-социальных услуг потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) в центрах интегрированной помощи. — ВОЗ, 2009.
79. Інтегрована медико-соціальна допомога хворим із залежністю від опіоїдів [Текст]: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.17 / Дворяк Сергій Васильович; Нац. акад. мед. наук України, Держ. установа «Ін-т неврології, психіатрії та наркології НАМН України». — Харків, 2016.
80. Інтегроване лікування хворих на опіоїдну залежність в умовах центрів первинної медико-санітарної допомоги: навчально-методичний посібник / Дворяк С., Карагодіна О., Морозова О., Пикало І., Думчев К. — К., 2016.
81. Интегрированный подход к предоставлению медицинских и психосоциальных услуг для клиентов программы заместительной поддерживающей терапии в Украине (опыт МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»). — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013.
82. Кертис М. Создание центров интегрированной помощи для потребителей инъекционных наркотиков в Украине. — ВОЗ, 2010.
83. Наказ МОЗ України від 13.04.2011 № 204 «Про затвердження та впровадження Примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання».

84. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 114 «Про організацію надання послуг консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, гепатити В і С, інфекції, що передаються статевим шляхом, у мобільних пунктах та мобільних амбулаторіях».
85. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
86. Наказ МОЗ України від 16.05.2016 № 449 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини».
87. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
88. Наказ МОЗ України від 22.02.2002 № 71 «Про затвердження Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції».
89. Оцінка спроможності лікувально-профілактичного закладу до надання інтегрованої допомоги. — Оціночний інструмент, розроблений робочою групою з питань інтегрованої допомоги для СІН, 2008.
90. Постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.1998 № 2026 «Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ-інфекції та СНІД».
91. Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков/ ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС. — ВОЗ, 2012.
92. Упровадження інтегрованих послуг для осіб із наркотичною залежністю в закладах охорони здоров'я./ ред. Думчев К. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://phc.org.ua/uploads/documents/0d928d/2be2f80407a1e41473d74e804625502c.pdf>.

Додаток № 1

СКРИНІНГОВА АНКЕТА ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ОБСТЕЖЕННЯ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Шановний відвідувачу, у зв'язку з епідемією туберкульозу в Україні МОЗ вживає заходів для покращення виявлення цього захворювання. Туберкульоз є одним з найбільш небезпечних та підступних захворювань, яке проявляється серйозними симптомами тоді, коли вже завдано значної шкоди здоров'ю. Тому ми пропонуємо Вам заповнити анкету, яка дозволить виявити захворювання на ранніх стадіях, що дасть змогу більш ефективно його лікувати.

№ п/п	Запитання	Так	Ні
1.	Чи є у Вас кашель або покашлювання більше 2-х тижнів?		
2.	Чи помітили Ви останнім часом підвищену втомлюваність та слабкість?		
3.	Чи є у Вас підвищена пітливість, особливо вночі?		
4.	Чи зменшилась вага Вашого тіла з невизначених причин?		
5.	Чи є у Вас підвищення температури тіла протягом останнього часу, має значення навіть незначне підвищення — до 37–37,2°C?		
6.	Чи є у Вас задишка при незначному фізичному навантаженні?		
7.	Чи турбує Вас зрідка біль в грудній клітці?		
8.	Чи мали Ви контакт з хворим на туберкульоз протягом останніх 6-ти місяців?		
9.	Чи маєте Ви хронічне захворювання шлунково-кишкового тракту, діабет або інше захворювання, що призводить до зниження імунітету?		
10.	Чи мали Ви протягом останніх 3-х місяців серйозний стрес (смерть близької людини, розлучення, втрата роботи тощо)		
11.	Чи приймаєте будь-які препарати, що можуть знижувати ваш імунітет (такі як преднізолон, хіміотерапія проти ракових захворювань тощо)		

Відповідь «так» на більш ніж три запитання та відповідь «так» на хоча б одне з перших 8-ми запитань не означає, що Ви маєте туберкульоз, але означає, що Вам необхідно обстежитись на туберкульоз негайно, тому що немає жодної поважної причини ризикувати здоров'ям та життям.

Додаток № 2

ПЕРЕЛІК СИМПТОМІВ, ЗАХВОРЮВАНЬ ТА РИЗИКІВ, ПРИ ЯКИХ ПАЦІЄНТУ ПРОВОДЯТЬ ОБСТЕЖЕННЯ НА НАЯВНІСТЬ ТБ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НЕЗАЛЕЖНО ВІД ПІДПОРЯДКОВАНІСТІ ТА РІВНІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Кашель більше 2-х тижнів.
2. Підвищена втомлюваність та слабкість.
3. Підвищене потіння, особливо вночі.
4. Зменшення ваги тіла з невизначених причин.
5. Підвищення температури тіла (має значення навіть незначне підвищення — до 37–37,2°C).
6. Задишка при незначному фізичному навантаженні.
7. Біль у грудній клітці.
8. Контакт з хворим на туберкульоз.
9. ВІЛ-інфекція, СНІД.
10. Хронічні захворювання легень, шлунково-кишкового тракту, діабет, психічні захворювання, онкологічні або інші захворювання, що призводять до зниження імунітету.
11. Імунодефіцитні стани, прийом препаратів з імунодепресивною дією.
12. Контакт із хворою на туберкульоз твариною, вживання продуктів від хворих на туберкульоз тварин.
13. Паління, зловживання алкоголем, вживання наркотичних засобів.
14. Перебування в місцях позбавлення волі протягом останніх 2-х років.
15. Виконання робіт зі шкідливими і важкими умовами праці.
16. Мігранти та біженці, які прибули з регіонів із високим рівнем захворюваності на туберкульоз.
17. Особи, які реєструються в державній службі зайнятості як такі, що шукають роботу, і безробітні.
18. Особи без визначеного місця проживання.
19. Працівники протитуберкульозних та інших закладів охорони здоров'я, які мають часті контакти з хворими на ТБ особами, проводять відповідні дослідження та аналізи.

ПЕРЕЛІК

груп підвищеного ризику щодо захворювання на ТБ

(згідно з Наказом МОЗ України від 15.05.2014 р. № 327, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України від 02.06.2014 за № 577/25354)

1. ВІЛ-інфіковані особи.
2. Особи, які контактують з хворими на туберкульоз (сімейні чи професійні контакти).
3. Особи із захворюваннями, що призводять до ослаблення імунітету.
4. Курці, особи, що зловживають алкоголем чи вживають наркотики.
5. Мігранти та біженці з регіонів із високою захворюваністю на туберкульоз.
6. Особи, що перебувають за межею бідності, безробітні.
7. Особи без визначеного місця проживання.
8. Пацієнти психіатричних закладів.
9. Затримані та заарештовані особи при відправленні їх до ізоляторів тимчасового тримання, особи, які утримуються або звільнились з установ пенітенціарної системи, а також особи, які перебувають на обліку в органах внутрішніх справ як раніше засуджені та піднаглядні.
10. Працівники пенітенціарних установ, психіатричних закладів та працівники закладів охорони здоров'я, які мають часті контакти з хворими на туберкульоз особами, проводять відповідні дослідження та аналізи.

Додаток № 4

КРИТЕРІЇ

визначення груп підвищеного ризику щодо захворювання на ТБ
(згідно з Наказом МОЗ України від 15.05.2014 р. № 327,
зареєстрованим в Міністерстві юстиції України від 02.06.2014 за № 577/25354)

Критеріями віднесення осіб до груп підвищеного ризику щодо захворювання на ТБ є:

- 1. Перебування в місцях позбавлення волі.**
- 2. Форми поведінки:**
 - 1) Зловживання алкоголем.
 - 2) Куріння (сигарет, кальяну).
 - 3) Бродяжництво.
 - 4) Вживання наркотичних та психотропних засобів.
- 3. Фізичний стан:**
 - 1) ВІЛ-інфекція, СНІД.
 - 2) Хронічні, професійні та інші захворювання легень, шлунково-кишкового тракту, цукровий діабет, онкологічні або інші захворювання, що призводять до зниження імунітету.
 - 3) Імунодефіцитні стани, прийом препаратів з імунодепресивною дією.
 - 3) Виснаження організму.
- 4. Психофізіологічний стан:**
 - 1) Психічні захворювання.
 - 2) Глибокий стрес.
 - 3) Залежність від хімічних речовин.
- 5. Умови праці:**
 - 1) Недотримання вимог інфекційного контролю у протитуберкульозних та інших закладах охорони здоров'я, де надаються послуги хворим на туберкульоз.
 - 2) Контакти з хворими на ТБ людьми та тваринами.

ВІДСТЕЖЕННЯ КОНТАКТІВ: ПЕРЕДАЧА ВІД ЛЮДИНИ ДО ЛЮДИНИ

Після того, як у пацієнта діагностовано активний ТБ, лікар, який поставив діагноз, повинен повідомити відповідних спеціалістів, щоб можна було невідкладно оцінити необхідність відстеження контактів хворого. Відстеження контактів не слід відкладати до реєстрації.

Скринінг на ТБ варто пропонувати особам, які мають побутовий контакт із будь-яким хворим на активний ТБ, незалежно від осередку інфекції. Побутові контакти визначаються як контакти з особами, які користуються однією спальнею, кухнею, ванною або вітальною з індекс-випадком. Скринінг повинен включати стандартну оцінку можливої наявності латентного ТБ у контактних осіб та включає наступні заходи:

- 1) Клінічне обстеження та оцінка стану пацієнта із зосередженням уваги на ознаках та симптомах активної форми ТБ.
- 2) Флюорографія грудної клітки (бажано за допомогою цифрового флюорографа).
- 3) Дослідження мокротиння методом мазка та культуральне дослідження (коли наявні легеневі симптоми).
- 4) Необхідно рекомендувати консультування та тестування на ВІЛ. Для хворих на ТБ з позитивним мазком слід оцінити інші близькі контакти. Вони можуть включати друзів та осіб, які часто відвідують хворого удома. Іноді може вважатися, що колега по роботі мав контакт, еквівалентний побутовим контактам, і в цьому випадку його слід оцінити так само.

Випадкові контакти хворих на ТБ, які включатимуть переважну більшість контактів на робочому місці, як правило, оцінювати не варто.

Потребу відстеження випадкових контактів хворих на ТБ слід оцінювати, якщо:

- хворий вважається особливо заразним (про що свідчить, наприклад, передача особам, які мають з ним близькі контакти);

або

- відомо, що особи, які мали випадковий контакт, мають особливо високий ризик зараження (ВІЛ-інфекція, імуносупресія).

Інформацію за принципом «поінформуй та порадь» необхідно пропонувати всім особам, які контактують із хворими на ТБ з позитивним мазком.

В осередках, де мешкає хворий на ТБ, слід впроваджувати заходи з інфекційного контролю з метою попередження поширення інфекції. Більшість трансмісій захворювання на ТБ в осередках відбуваються до діагностування інфекції, а пацієнти, які перебувають на відповідному протитуберкульозному лікуванні, мають дуже низький ризик трансмісії захворювання в амбулаторних умовах або в побутових умовах.

Заходи інфекційного контролю включають відповідну звичайну вентиляцію та етикет кашлю. Пацієнтам з бактеріовиділенням необхідно рекомендувати проводити якомога більше часу на вулиці, спати окремо у добре провітрюваній кімнаті або принаймні у власному ліжку, уникати громадського транспорту та місць скупчення людей.

ЗАХОДИ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ ЗА ТБ

Інфекційний контроль (ІК) складається з комплексу заходів, які направлені на попередження передачі ТБ в місцях скупчення людей. Існує три основні види заходів: адміністративні, контролю навколишнього середовища та індивідуальні.

Адміністративні заходи є найважливішими, найдешевшими та ефективними. Адміністративний контроль — перший, найбільш важливий рівень контролю, який полягає у використанні заходів із профілактики потрапляння інфекції у навколишнє середовище і, таким чином, знижує інтенсивність впливу МБТ на працівників мобільних бригад. До важливих заходів адміністративного контролю можна віднести:

- 3) раннє виявлення ТБ;
- 4) розробку та впровадження заходів профілактики, що внесені до плану ІК;
- 5) відповідне навчання співробітників мобільних бригад.

Заходи контролю навколишнього середовища (інженерні) спрямовані на зниження концентрації інфекційних частинок у повітрі приміщень, де знаходяться хворі на ТБ або особи з підозрою на ТБ. Вони включають в себе використання природної та штучної вентиляції, ультрафіолетового бактерицидного опромінення.

Індивідуальні заходи використовуються в місцях з високим ризиком передачі МБТ, щоб зменшити ймовірність інфікування в умовах, коли інші два не можуть попередити ризик зараження. Засоби індивідуального захисту органів дихання передбачають використання респіраторів особами, які працюють у зонах підвищеного ризику (в місцях перебування хворих на ТБ).

Адміністративні заходи контролю є пріоритетними та першочерговими. Без них заходи контролю за станом навколишнього середовища та індивідуальні засоби захисту органів дихання мають обмежену ефективність.

Своєчасна діагностика ТБ

Своєчасне виявлення осіб з підозрою на ТБ (скринінг) має починатися, щойно така особа потрапила до мобільних бригад. Співробітник мобільної бригади, який працює з потенційним пацієнтом, повинен вміти ставити прості запитання, які дадуть змогу запідозрити ТБ.

З метою більш ефективного виявлення осіб із симптомами, що можуть свідчити про наявність ТБ, рекомендовано використовувати скринінгову анкету, створену відповідно до рекомендацій Наказу МОЗ України від 04.09.2013 р. № 620 (Додаток 1).

Клієнта із симптомами та ознаками захворювання слід негайно направити на обстеження у медичний заклад.

Практичні поради

- Запропонуйте клієнту, який кашляє, вдягти хірургічну маску. Якщо такої можливості немає, попросіть його прикривати рот рукою, носовою хустинкою або серветкою під час кашлю чи чханні.
- Між Вами та клієнтом повинна бути відстань до 2 м. Якщо немає такої можливості, посадіть клієнта під прямим кутом (90°) до Вас.
- Якщо Ви розмовляєте на вулиці з людиною, яка кашляє, станьте спиною до вітру.

Розробка плану інфекційного контролю з ТБ

Рекомендуємо керівнику мобільних бригад розробити план заходів ІК з ТБ та інших захворювань, які передаються повітряно-крапельним шляхом.

План ІК повинен містити такі пункти:

1. Визначення особи, яка відповідає за заходи ІК.
2. Методи виявлення ТБ (хто проводить скринінг (опитування) на ТБ і коли, в який медичний заклад направляти (рекомендувати звернутися) клієнта з підозрою на ТБ з метою обстеження).
3. Затвердити графік проведення групових занять відповідно до груп ризику.
4. Затвердити графік провітрювання приміщень, їх кварцування та вологого прибирання (за необхідності).
5. Затвердити графік проведення навчання персоналу та клієнтів щодо ТБ (симптоми/ознаки ТБ, «гігієна кашлю», використання засобів індивідуального захисту та ін.).
6. Особливу увагу приділити проходженню співробітниками мобільних бригад щорічних профілактичних оглядів.
7. Визначити відповідального за закупівлю масок для пацієнтів з підозрою на ТБ, контролювати їх наявність та використання.

Кожен працівник має бути ознайомлений із заходами ІК (під підпис) та дотримуватись їх.

Навчання персоналу мобільних бригад

Контроль за туберкульозною інфекцією стає ефективним, коли всі працівники та пацієнти з підозрою на ТБ розуміють та виконують заходи ІК.

Навчання персоналу

Раннє виявлення осіб з підозрою на ТБ має величезне значення для своєчасної діагностики та вчасного початку лікування хворих, до того ж це зводить до мінімуму термін контакту заразних хворих з персоналом мобільних бригад та іншими клієнтами.

Під час навчання персоналу приділяється увага таким питанням:

- Опитування пацієнтів (кого, як часто).
- Проведення санітарно-просвітницької роботи (що необхідно знати клієнту про туберкульоз).

Кожен працівник має бути ознайомлений із заходами ІК (під підпис) та дотримуватися їх:

- Як поводитися з клієнтом, щодо якого є підозра на захворювання, що передається повітряно-крапельним шляхом.
- Куди направляти та супроводжувати клієнта з підозрою на ТБ (до якого медзакладу).
- Якщо збір мокротиння для дослідження проводиться на території роботи мобільних бригад, треба навчити працівників правилам збору мокротиння.
- Як правильно проводити провітрювання, вологе прибирання та кварцування у приміщенні мобільних бригад.
- Як і коли застосовувати засоби індивідуального захисту.

Заходи контролю навколишнього середовища

Заходи контролю навколишнього середовища (інженерного контролю) служать «другим кордоном оборони» в профілактиці розповсюдження збудника ТБ. При одночасному дотриманні заходів адміністративного та інженерного контролю забезпечується значне зниження концентрації інфекційного аерозолю, а отже, попереджується передача туберкульозної інфекції від хворої людини до здорової.

Вентиляція, чи то природна чи механічна, дозволяє повітрю входити та виходити з приміщення, що сприяє розбавленню концентрації інфекційних частинок. Тобто вентиляція знижує ймовірність того, що людина в кімнаті буде дихати інфікованим повітрям. Для цього можуть бути використані як прості, так і складні засоби з контролю за станом навколишнього середовища. Конкретний вибір заходів у кожному закладі залежить від його планування, кліматичних умов, категорії клієнтів та наявних ресурсів.

Найпростішим та найдешевшим засобом є природна вентиляція, яка може бути забезпечена шляхом відкриття вікон. Візьміть це до уваги, якщо проводите обстеження пацієнта в кімнаті. Якщо це неможливо, то після проведення консультацій необхідно відкрити вікна і провітрити приміщення. Повітряний потік має бути направлений на вулицю. Це забезпечується за рахунок вікон, які розташовані на протилежних боках кімнати.

Основний принцип руху повітря — з «чистої» зони в «брудну» і на вулицю (наприклад, з коридору в кімнату, з кімнати на вулицю). Якщо після контакту з потенційними хворими на ТБ просто відкрити двері, то забруднене повітря з кімнати піде не на вулицю, а в коридор, тому слід провітрити приміщення, відкривши вікна.

Якщо природна вентиляція не є достатньою (наприклад, в кімнаті одне вікно) і неможливо створити повітряний потік, тоді можна застосувати механічну вентиляцію приміщення.

Вентилятори та інші пристрої можуть бути використані для посилення вентиляції в умовах, коли природної вентиляції недостатньо. Вентилятори повинні сприяти швидкому руху забрудненого повітря назовні і входу свіжого повітря в приміщення.

Засоби захисту органів дихання та особисті заходи захисту

Індивідуальні засоби захисту — це останній «рубіж оборони» для запобігання розповсюдженню ТБ та інших інфекцій, які передаються повітряно-крапельним шляхом. Без відповідних заходів адміністративного та екологічного (інженерного) контролю маски і респіратори не можуть захистити від інфікування ТБ.

До індивідуальних засобів захисту органів дихання відносяться хірургічні маски та респіратори.

Між хірургічною маскою і респіратором є суттєва різниця.

Хірургічна маска (тканинна чи паперова):

- Забезпечує профілактику розповсюдження інфекцій від особи, яка хворіє (наприклад ТБ, грип), до інших осіб, шляхом утримання крупних часточок мокротиння.
- Не забезпечує захист організму користувача (медичного працівника, члена родини) від вдихання крапельних частинок, що знаходяться у повітрі закритих приміщень, які містять інфекцію. Маски мають обмежену ефективність фільтрації і нещільно прилягають до носа і рота, таким чином не попереджують проникнення інфікованого аерозолю в дихальні шляхи здорової людини.

Маску необхідно запропонувати вдягти пацієнту, який кашляє, під час його перебування в приміщенні. При цьому необхідно також пояснити йому, чому так важливо носити маску і як нею користуватися. При правильно організованому дотриманні заходів ІК в роботі фахівців мобіль-

них бригад та гарній поінформованості працівників і пацієнтів не виникає заперечень з боку пацієнтів щодо вдягання масок.

Респіратори

Респіратор — особливий тип маски, який забезпечує необхідний рівень фільтрації і щільно прилягає до обличчя, утворюючи належну герметизацію вздовж краю. Респіратор перешкоджає вдиханню інфекційного аерозолі здоровою людиною. Якщо респіратор підігнаний неправильно, інфіковані аерозолі можуть вільно проникати в дихальні шляхи і спричинити зараження. Респіратори необхідно вдягати лише тоді, коли людина працює в зоні високого ступеня ризику розповсюдження ТБ (туберкульозні заклади, заклади пенітенціарної системи або інші місця скупчення хворих на туберкульоз, які виділяють МБТ).

Запам'ятайте! Хвора людина носить маску, здорова — респіратор.

Додаток № 7

ЗАБІР МОКРОТИННЯ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДОМ МІКРОСКОПІЇ:

- Мокротиння збирається у стерильні (бажано одноразові пластикові) контейнери з широкою горловиною та кришкою, що закручується.
- Мокротиння збирається на відкритому повітрі або у спеціальному приміщенні для збору мокротиння (тільки за умови його оснащення примусовою вентиляцією з 6-разовим обміном повітря на годину), бажано рано вранці.

Якісні мазки мокротиння отримують із матеріалу, який доставляється в лабораторію зразу ж після його збирання. Зібраний матеріал до доставки в лабораторію повинен зберігатися в умовах холодильника. Період зберігання та транспортування мокротиння до лабораторії не повинен перевищувати 3–4 дні. Більш тривале зберігання не рекомендується, оскільки вірогідність отримання достовірного результату значно знижується.

КАРТА СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТА

№ п/п	Перелік людей, до яких пацієнт може звернутися за підтримкою та допомогою	Заходи, які пацієнт може відвідати для отримання підтримки та допомоги	Перелік людей, які можуть спровокувати вживання наркотиків або алкоголю	Перелік місць та заходів, яких треба уникати
1.	Наприклад: <i>друзі, які не вживають наркотики, або люди з близького оточення, фахівець із соціального супроводу, психолог, наставник з реабілітаційного центру тощо</i>	Наприклад: <i>відвідування груп самопомоги, відвідування груп АН, відвідування індивідуальних або групових консультувань тощо</i>	Наприклад: <i>скласти список людей, з якими раніше вживав наркотики або алкоголь</i>	Наприклад: <i>місця придбання наркотиків, місця вживання наркотиків, нічні клуби, бари тощо</i>

Додаток № 9

СКРИНІНГ СИМПТОМІВ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ (АССИСТ) ВІДПОВІДНО ДО МКХ-10

Наступні запитання стосуються Вашого споживання опіоїдів (героїн, екстракт макової соломки — «ширка», дезоморфін — «крокодил», препарати, що містять кодеїн, морфін, трамадол тощо). Щирі відповіді допоможуть Вашому лікарю вибрати правильне і 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 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 позначені номерами 1, 2, 3, 5, 7 і 9, присутні протягом 12 місяців і більше.

