



М.В. Зеленська¹, О.Г. Єщенко¹, І.Л. Демченко²

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

² Аналітичний центр «Соціоконсалтинг», Київ

Актуальні питання впровадження замісної підтримувальної терапії в Україні

У статті наведено інформацію про актуальні питання впровадження замісної підтримувальної терапії в Україні.

Ключові слова

Групи ризику, споживачі опіатних ін'єкційних наркотиків, замісна підтримувальна терапія, вагітні, моніторинг та оцінка ефективності заходів, законодавчі та нормативні акти, координаційні ради, сайти замісної підтримувальної терапії.

Роль споживачів ін'єкційних наркотиків у епідемічному процесі

За даними статистики МОЗ України, наприкінці 2013 року в Україні на диспансерному обліку перебувало 64 158 осіб із розладами психіки внаслідок внутрішньовенного споживання наркотиків. Зазначений показник протягом останніх років практично не змінюється (Додаток) і суттєво розбігається із оціночними даними, згідно з якими кількість споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) в Україні може сягати 250–310 тис. осіб [1]. Це дає підстави стверджувати, що лише один із чотирьох-п'яти СІН перебуває під медичним наглядом.

Тривалий час, починаючи від 1995 і до 2007 р., саме СІН були рушійною силою розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Протягом 1987–2014 рр. в Україні із 247 101 ВІЛ-інфікованого 106 460 (43 %) заразилися ВІЛ саме внаслідок ін'єкцій наркотичних речовин [4].

Завдяки державним заходам, насамперед впровадженню профілактичних програм для споживачів опіатних ін'єкційних наркотиків, в Україні досягнуто певних позитивних наслідків. Якщо у 1997 р. частка офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих СІН становила 83,6 % загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, то станом на 01.07.2014 р. цей показник дорівнював 24 %.

Протягом 6 міс 2014 р., за результатами серопідмоніторингу, із 44 817 споживачів опіатних ін'єкційних наркотиків діагноз «ВІЛ-інфекція» встановлено у 1568 (3,5 %) [3].

Сучасною тенденцією розвитку епідемічного процесу є істотне збільшення ролі в поширенні ВІЛ-інфекції статевих партнерів СІН. За даними ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», серед усіх ВІЛ-інфікованих, які перебувають під медичним наглядом, частка жінок складає 44,7 %, з них 88 % – особи молодого, репродуктивного віку. За даними 2013 р., діагноз ВІЛ-інфекції встановлено у 6455 жінок репродуктивного віку, причому у 2262 (35 %) із них під час вагітності (код 109.1) [2].

У 2014 р. від ВІЛ-інфікованих жінок народилося 3660 дітей [8]. Нині динаміка інфікування ВІЛ жінок у зв'язку зі споживанням опіатних ін'єкційних наркотиків має тенденцію до зниження. Якщо у 2005 р. цей показник становив 23,1 %, то у 2013 р. – 10,4 % [5].

Проте аналіз причин невиконання показника Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у 2009–2013 рр. щодо зниження частоти передачі ВІЛ від матері до дитини до 2 % (за даними 2011 р., національний показник становив 3,7 %) свідчить про таке. Саме жінки-СІН, які нале-

© М.В. Зеленська, О.Г. Єщенко, І.Л. Демченко, 2015

жать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, негативно впливають на показник через: недостатній доступ до якісних медичних послуг, високий рівень стигматизації у медичній спільноті, несвоєчасну діагностику ВІЛ-інфекції, інфікування ВІЛ під час вагітності, брак вчасної АРВ-профілактики трансмісії ВІЛ, зараження дитини ВІЛ під час грудного вигодування тощо. Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у жінок-СІН становить 11,2 %. За показником «відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які активно споживали ін'єкційні наркотики», у 2011 р. із 4351 ВІЛ-інфікованої вагітної активно споживали їх 151 (3,5 %) [6].

Отже, СІН та їхні сексуальні партнери продовжують істотно впливати на інтенсивність епідемії ВІЛ/СНІД в Україні. Це означає, що запобігання поширенню цього соціально небезпечного захворювання неможливе без впровадження програм зменшення шкоди серед уразливих до інфікування ВІЛ груп, зокрема замісної підтримувальної терапії для споживачів опіатних ін'єкційних наркотиків.

Історія запровадження та розвитку ЗПТ в Україні

Досвід успішного застосування метадону в програмах замісної підтримувальної терапії в світі сягає майже 55 років. Уперше програми замісної підтримувальної терапії (далі – ЗПТ) почали впроваджувати в 60-ті роки минулого сторіччя, спочатку в США, потім у Канаді та Великобританії. Сьогодні ЗПТ із використанням метадону та бупренорфіну в світі отримують майже мільйон наркозалежних у 65 країнах світу, в тому числі в 26 країнах Європейського Союзу, зокрема в Німеччині, Франції, Австрії, Норвегії, Швеції, Фінляндії, Болгарії, Румунії, Польщі, Нідерландах, Іспанії, Італії, Португалії. Багаторічний досвід країн підтверджує ефективність ЗПТ.

В Україні перші спроби впровадження ЗПТ здійснено в Запорізькій області за підтримки Міжнародного Червоного Хреста у 2004 р. На національному рівні доступ до замісної підтримувальної терапії забезпечено від травня 2008 р. У програмі вирішено використовувати метадону або бупренорфіну гідрохлорид. Основним поясненням цьому є той факт, що у 2005 р. препарати ЗПТ метадон та бупренорфін було внесено до Переліку життєво потрібних лікарських засобів ВООЗ як такі, що застосовують у програмах лікування залежності від наркотиків.

Починаючи від 2007 р., в Україні планування потреб для забезпечення хворих на опіоїдну залежність наркотичними препаратами здійснюю-

вали спільно Держслужба соцзахворювань, МОЗ, ДСКН, ДАК «Ліки України» за участі фахівців МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД» на підставі даних офіційної статистики МОЗ щодо кількості СІН, які перебували під диспансерним наглядом, та щорічних заявок регіонів щодо фактичної кількості осіб, які потребують терапії (показання визначено у наказі МОЗ України № 200). Після формування національної потреби в препаратах для ЗПТ дані надавали до Кабінету Міністрів України та в подальшому затверджували постановою Кабінету Міністрів України окремо на кожен рік. Затверджені дані надсилали до Міжнародного комітету з контролю за наркотиками та щорічно оприлюднювали на офіційному сайті. Таким чином, закупівля і завезення в Україну препаратів для потреб ЗПТ є наслідком взаємодії спеціально уповноважених центральних органів виконавчої влади і установ.

Відповідно до даних офіційної статистики МОЗ України, на диспансерному обліку перевірнувалася така кількість СІН:

- у 2008 р. – 72 584 особи;
- у 2009 р. – 71 700 осіб;
- у 2010 р. – 70 464 особи;
- у 2011 р. – 56 973 особи;
- у 2012 р. – 64 607 осіб.

На підставі цих даних формували індикатори програми. Вперше потребу в препаратах для ЗПТ визначено на 2008 р. у постанові Кабінету Міністрів України № 264 від 04.03.2004 р. «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки». Проте препарати за кошти державного бюджету не закупили.

Загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у 2009–2013 рр. в частині ЗПТ планували, виходячи з:

- рекомендацій спільної місії ВООЗ/ЮНЕЙДС /УНЗООН (2005 р.), які пропонували для припинення подальшого поширення ВІЛ-інфекції в Україні охопити ЗПТ 30–40 % активних споживачів опіатних ін'єкційних наркотиків;
- даних офіційної статистики МОЗ про кількість осіб, які перебували під диспансерним наглядом з діагнозом залежності від опіоїдів (табл. 1).

Таким чином, жодного року індикатори програми не виконано. Також не відбулося державних

Таблиця 1. Національні індикатори охоплення ЗПТ і їх виконання

Рік	«Д» нагляд	Індикатори програми ЗПТ	Фактична реалізація, відповідно до наказів МОЗ, програми ЗПТ	Охоплення, %
2010	70464	12000	6042 (50,4 %)	8,57
2011	56973	14000	6650 (47,5 %)	11,67
2012	64607	15300	7292 (47,6 %)	11,3
2013	64158	20000	8518 (55,7 %)	13,27

закупівель препаратів для потреб ЗПТ у зв'язку з ішорічним недофінансуванням програми.

Попри низку політичних, економічних та організаційних перешкод, прогрес у впровадженні ЗПТ на державному рівні спостерігався за двома напрямами:

- було забезпеченено законодавче та нормативне врегулювання питань організації ЗПТ;
- відбулось ефективне впровадження ЗПТ на регіональному рівні.

На виконання поставлених Державною службою соцзахворювань України завдань для законодавчого та нормативного врегулювання організації медикосоціальної допомоги хворим на опійдну залежність, поліпшення порядку та якості впровадження ЗПТ, удосконалення питань міжвідомчої взаємодії було забезпеченено розробку та супровід ухвалення низки законодавчих і нормативно-правових актів, а саме:

Законів України:

«Про внесення змін до Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки», ухвалено-го Верховною Радою України 5 червня 2012 року за № 4888-VI. Це забезпечило: можливість застосування в закладах охорони здоров'я рідких форм метадону для проведення ЗПТ; облаштування засобами контролю кабінетів ЗПТ; проведення моніторингу ефективності впровадження ЗПТ в Україні та пошук альтернативних методів лікування наркозалежності;

«Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми забезпечення протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки». Це дало змогу забезпечити подальший безперешкодний доступ до ЗПТ для вагітних СІН та їхніх партнерів, ранній початок АРТ у дискордантних парах;

Актів Кабінету Міністрів України:

Розпорядження Кабінету Міністрів України від 12.10.2011 № 1002-р «Про затвердження плану заходів щодо подальшого впровадження

замісної підтримувальної терапії для споживачів опійдних ін'єкційних наркотиків». На його виконання серед інших заходів здійснюють роботу, спрямовану на підвищення економічної складової програми ЗПТ та поліпшення міжвідомчої взаємодії у процесі її впровадження;

Наказів МОЗ України:

- від 19.08.2008 № 476 «Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків»;
- від 10.11.2008 № 645 «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія при лікуванні хворих з опійдною залежністю»;
- від 27.03.2012 № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опійдною залежністю», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 5 червня 2012 року за № 889/21201. Наказом затверджено уніфікований підхід до організації та проведення ЗПТ для хворих на опійдну залежність; визначено категорії хворих, яким показана ЗПТ; затверджено положення про кабінет ЗПТ та форми первинної облікової документації.

Спільний наказ МОЗ України, МВС України, Державної пенітенціарної служби України, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії» зареєстровано у Міністерстві юстиції України 7 листопада 2012 року за № 1868/22180. Ним затверджено порядок забезпечення безперервності ЗПТ або проведення детоксикації в разі перебування пацієнта, який отримує ЗПТ, у закладах, підпорядкованих Міністерству внутрішніх справ України або Державної пенітенціарної служби України. Проте дія зазначеного наказу поширюється лише на ізолятори тимчасового тримання та слідчі ізолятори. Невирішено

питання щодо повноцінного доступу до медичної та психосоціальної допомоги, зокрема про безперервність отримання ЗПТ, засуджених з опійдною залежністю, які відбувають покарання у віправних колоніях.

Попри зусилля держави щодо забезпечення нормативного поля для доступу жінок з опійдною залежністю до медичних послуг, сьогодні ця проблема також надзвичайно актуальна. Зокрема, лише на рівні пілотного проекту, який реалізується згідно з наказом МОЗ України від 27.09.2011 № 623 «Про впровадження пілотного проекту “Забезпечення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та покращення перинатальних показників у вагітних з наркотичною залежністю та народжених ними дітей”», забезпеченіо безперешкодний доступ до ЗПТ вагітних із наркотичною залежністю.

Сьогодні робота з удосконалення нормативної бази продовжується. Так, з урахуванням вітчизняного та світового досвіду переглянуто наказ МОЗ України № 716 від 14.11.2007 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги. Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини». У вересні 2014 р. на пленумі акушерів-гінекологів представлено Адаптовану клінічну настанову, засновану на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини». Частиною цієї настанови є розділ, присвячений веденню вагітних, хворих на опійдну залежність, де враховано також результати впровадження пілотного проекту «Забезпечення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та покращення перинатальних показників у вагітних з наркотичною залежністю та народжених ними дітей». Готують до затвердження клінічний протокол «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини».

За результатами роботи станом на початок 2015 р. доступ до ЗПТ забезпеченіо в усіх регіонах України на базі 170 закладів охорони здоров'я для 8311 хворих [7].

Подальша політика держави в напрямку надання медико-соціальної допомоги СІН має бути реалізована в рамках Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр., згідно з індикаторами, наведеними в табл. 2.

У ході реалізації Програми заплановано:

- відпрацювати та забезпечити впровадження в регіонах України моделі надання послуг із ЗПТ через медичні заклади первинної ланки, сімейних лікарів;
- забезпечити, зокрема через механізм соціального замовлення, доступ споживачів опіятних ін’екційних наркотиків до програм ресоціалі-

Таблиця 2. Національні індикатори охоплення ЗПТ на 2014–2018 рр.

Рік	Запланована кількість пацієнтів ЗПТ
2014	12 825
2015	14 621
2016	16 204
2017	17 593
2018	20 892

зації та реабілітації у центрах ресоціалізації та реабілітації;

- забезпечити безперешкодний доступ ВІЛ-інфікованих вагітних, які вживають ін’екційні наркотики, до реабілітаційних програм, ЗПТ та соціального супроводу (вагітних з опійдною залежністю, яким показано та призначено ЗПТ, має бути 100 %).

Доступність та якість послуг ЗПТ

Вплив ЗПТ на епідемічний процес значною мірою залежить від частки СІН, охоплених ЗПТ. Відповідно до Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. рекомендовано охопити ЗПТ 35 % споживачів опіятних ін’екційних наркотиків. Проте станом на початок 2015 р. рівень охоплення ЗПТ СІН, які перебувають під диспансерним наглядом (група «Д»), становив на національному рівні лише 13,9 %. У більшості регіонів (у 22 із 25) рекомендованого показника не досягнуто. Особливе занепокоєння викликає ситуація із обмеженим доступом до послуг ЗПТ у всіх регіонах із високим рівнем захворюваності. Так, у Одеській області рівень охоплення програмами ЗПТ пацієнтів диспансерної групи становить лише 6,6 % (табл. 3).

Водночас, за експертними оцінками, кількість осіб, які внутрішньовенно споживають опіоїди, суттєво перебільшує кількість пацієнтів, які перебувають під медичним наглядом. Виходячи із оцінок чисельності СІН, затверджених регіональними координаційними радами з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу [1] та даних про кількість пацієнтів, які отримували ЗПТ [8], охоплення послугами замісної терапії на початок 2015 р. можна оцінити на рівні 3,6 % (див. табл. 3). Це у 10 разів менше показника, рекомендованого Загальнодержавною цільовою соціальною програмою протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр.!

Неможливість надати вірогідні дані з охоплення ЗПТ пов’язана з кількома чинниками. Існують істотні розбіжності в оцінках експертів стосовно фактичної кількості споживачів нарко-

Таблиця 3. Охоплення споживачів опіатних ін'єкційних наркотиків послугами ЗПТ за регіонами

Регіон, область	Кількість пацієнтів ЗПТ на 1.01.2015	Кількість пацієнтів групи «Д» у 2013 р.*	Охоплення ЗПТ пацієнтів групи «Д», %	Оціночна кількість залежних від опіоїдів, 2012 р.**	Охоплення ЗПТ від оціночної кількості залежних від опіоїдів, %
Вінницька	303	873	34,7	3600	8,4
Волинська	153	1381	11,1	4400	3,5
Дніпропетровська	1317	6810	19,3	28040	4,7
Донецька	521	9106	5,7	33600	1,6
Житомирська	278	667	41,7	4000	7,0
Закарпатська	40	120	33,3	400	10,0
Запорізька	291	5234	5,6	9360	3,1
Івано-Франківська	263	671	39,2	4240	6,2
м. Київ	844	1032	14,3	25040	3,4
Київська	148	8179	10,3	6960	2,1
Кіровоградська	246	1832	13,4	10000	2,5
Луганська	346	3493	9,9	12000	2,9
Львівська	260	1005	25,9	8800	3,0
Миколаївська	677	2383	28,4	8240	8,2
Одеська	248	3737	6,6	16000	1,6
Полтавська	572	1717	33,3	6480	8,8
Рівненська	148	927	16,0	3200	4,6
Сумська	303	926	32,7	4640	6,5
Тернопільська	121	485	24,9	1120	10,8
Харківська	230	1867	12,3	12240	1,9
Херсонська	247	1777	13,9	5760	4,3
Хмельницька	318	1560	20,4	4000	8,0
Черкаська	202	1597	12,6	10640	1,9
Чернівецька	82	648	12,7	3760	2,2
Чернігівська	153	1651	9,3	4680	3,3
Разом	8311	59678	13,9	231200	3,6

Примітка. *Група «Д» — пацієнти з розладами психіки через споживання наркотичних речовин внутрішньовоенно, які перебувають під диспансерним наглядом; **оціночну кількість споживачів опіатів розраховано на основі оцінок кількості СІН, затверджених регіональними координаційними радами з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, із коригувальним коефіцієнтом 0,8.

тичних речовин і опіатів, зокрема. Відомча статистика фіксує лише кількість пацієнтів, які отримують ЗПТ у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що належать до державної та комунальної форм власності. Бракує даних про кількість СІН, які отримують ЗПТ у закладах охорони здоров'я приватної форми власності, а також інформації щодо кількості цих кабінетів та їхнього географічного розташування.

Досягнення рекомендованого показника охоплення ЗПТ залежатиме від кількох складових, а саме:

- доступності терапії для споживачів опіатних ін'єкційних наркотиків (наближення послуг до пацієнта та зручний графік роботи сайтів ЗПТ);
- якості медичних і соціальних послуг, насамперед має значення можливість отримання інтегрованих послуг;
- належного фінансування програми ЗПТ.

Стосовно першої складової йдеться про географічну, територіальну та соціальну доступ-

ність. Проте аналіз розташування сайтів і режиму їхньої роботи свідчить про істотні обмеження та перешкоди, з якими стикаються пацієнти.

Станом на 1 січня 2015 р. в Україні нараховували 438 міст (без анексованої АР Крим), але лише в 126 [9] з них відкриті сайти ЗПТ (табл. 4). Сайти працюють в усіх обласних центрах і Києві. Серед решти міських населених пунктів лише в одному із чотирьох функціонують сайти ЗПТ. Наприклад, у Харківській області із 17 міст послуги ЗПТ надають лише у Харкові, Лозовій, Куп'янську та Балаклії. Жодного сайту не відкрито у селищах міського типу або селах.

Потреба в щоденному відвідуванні пацієнта-ми сайтів, тривалий час очікування надання послуг, високі тарифи на проїзд у міжміському транспорті, незручний розклад його руху стають серйозними перешкодами для залучення до програм ЗПТ нових пацієнтів, обмежують можливість участі хворих, які проживають у населених пунктах, територіально віддалених від сайтів

Таблиця 4. Розподіл сайтів ЗПТ за регіонами, населеними пунктами, закладами охорони здоров'я

Регіон, область	Загалом	У т. ч. за типами ЗПТ					
		Обласні центри	Інші міста	НД, лікарні	СНІД-центри та інфекційні лікарні	ПТД і лікарні	Багатопрофільні ЗПТ
Вінницька	13	3	10	1	1	1	10
Волинська	7	5	2	1	0	1	5
Дніпропетровська	22	3	19	4	2	4	12
Донецька	10	3	7	8	0	2	0
Житомирська	4	1	3	1	0	0	3
Закарпатська	2	2	0	1	0	0	1
Запорізька	5	3	2	3	1	1	0
Івано-Франківська	10	3	7	1	1	1	7
Київська	3	—	3	0	0	0	3
м. Київ	3	—	—	1	1	1	0
Кіровоградська	4	1	3	2	0	0	2
Луганська	8	2	6	4	1	0	3
Львівська	6	3	3	1	1	1	3
Миколаївська	13	4	9	2	0	1	10
Одеська	4	3	1	1	0	2	1
Полтавська	10	2	8	3	0	1	6
Рівненська	4	2	2	1	1	0	2
Сумська	5	1	4	1	0	0	4
Тернопільська	3	0	3	1	1	1	0
Харківська	6	3	3	1	1	1	3
Херсонська	6	2	4	1	0	1	4
Хмельницька	11	2	9	1	0	1	9
Черкаська	6	2	4	2	0	0	4
Чернівецька	1	1	0	1	0	0	0
Чернігівська	4	2	2	3	0	1	0
Разом	170	53	114	46	11	21	92

ЗПТ. Роль зазначених чинників зростає, коли йдеться про утримання в лікуванні. На територіальну та економічну (через тарифи на проїзд) перешкоди скаржаться і пацієнти, які проживають у великих містах, передусім Києві. Чимало з них витрачають понад годину на проїзд до сайту, роблячи при цьому 2–3 пересадки.

З додатковими обмеженнями у доступі до спеціалізованої медичної допомоги стикаються пацієнти із встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції. Серед пацієнтів, які отримують ЗПТ (41 %, або 3428 осіб), 25 % (2107 осіб) отримують курс АРВ-терапії або готуються до неї. Проте лише у 10 із 25 регіонів функціонують сайти ЗПТ при региональних СНІД-центрах. Високим є ризик переривання лікування ЗПТ у пацієнтів, хворих на туберкульоз. Їхня частка становить майже 16 % (1304 особи) [7]. Отже, поєднувати прийом ЗПТ із протитуберкульозним лікуванням можуть у 21 ПТЗ, розташованих у 16 регіонах України [11]. Недоступність ЗПТ у багатьох протитуберкульозних закладах має інші небезпечні наслідки, пов'язані з високим ризи-

ком відриву пацієнтів із наркотичною опіоїдною залежністю від лікування туберкульозу, порушенням норм інфекційного контролю, коли пацієнти із діагнозом туберкульозу продовжують відвідувати сайти ЗПТ при інших ЗОЗ тощо.

Саме тому під час вирішення питання щодо ЗОЗ, на базі яких створюють кабінети ЗПТ, потрібно зважати на структуру захворюваності СІН. Передусім слід забезпечити кабінетами ЗПТ на базі протитуберкульозних диспансерів. Обов'язковою вимогою є суворе дотримання інфекційного контролю з метою запобігання інфікуванню туберкульозом ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Важливо також створити сайти ЗПТ на базі жіночих консультацій та пологових будинків для жінок СІН. Метою проведення ЗПТ вагітних хворих на опіоїдну залежність є:

- профілактика та запобігання поширенню ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків та їхніх статевих партнерів у разі ВІЛ-позитивного статусу одного з партнерів;

- підвищення прихильності ВІЛ-інфікованих до антиретровірусної терапії та хворих на туберкульоз до лікування туберкульозу;
- забезпечення доступу до медичного нагляду, зокрема лікування опіатної залежності;
- профілактика інфікування або поширення вірусних гепатитів та інших гемотрансмісивних захворювань;
- медичний нагляд за вагітною, контроль перебігу вагітності та запобігання виникненню перинатальних ускладнень;
- запобігання вживанню «вуличних наркотиків», вилучення жінки з кримінального середовища та зниження рівня криміналізації;
- доступ до заходів з ресоціалізації (працевлаштування, навчання, реінтеграція у суспільство).

Під час ведення вагітної з синдромом залежності від опійдів потрібно надавати оцінку перевагам та враховувати ризики ЗПТ.

Переваги ЗПТ:

- виключення вживання вуличних наркотиків;
- зниження кримінальної поведінки та поведінки, ризикованої щодо інфікування ВІЛ;
- можливість стандартного медичного спостереження;
- можливість своєчасно отримати курс ПВТ у разі інфікування ВІЛ;
- зниження ризику ускладнень унаслідок передозувань (керована доза медичного препарату);
- зниження частоти виникнення перинатальних ускладнень (ЗВУР, внутрішньоутробного інфікування, внутрішньоутробної загибелі плода тощо);
- зменшення імовірності інфікування під час вагітності вірусними гепатитами В, С та інфекціями, що передаються через кров.

Найголовнішим ризиком є потенційний розвиток абстинентного синдрому у новонародженого. Однак слід зазначити, що абстинентний синдром завжди виникає в разі вживання вагітною «вуличних наркотиків». Найнебезпечніше під час вагітності передозування «вуличних наркотиків», що призводить до внутрішньоутробної асфіксії плода або його внутрішньоутробної загибелі.

Дані багатоцентрових досліджень свідчать, що в разі ЗПТ під час вагітності зменшується частота передчасних пологів, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти та внутрішньоутробної загибелі плода [9].

Починаючи від 2009 р., 71 жінка отримувала ЗПТ під час вагітності та народила дитину. Це значно менше від потреби. У 2010 р. з 288 вагітних СІН лише 16 отримали ЗПТ (5,5 %); у 2011 р. з 395 СІН 29 отримали ЗПТ (7,3 %). Станом на

01.01.2015 р. під час вагітності (2- та 3-й триместри) отримували ЗПТ 12 жінок.

Важливе завдання замісної підтримувальної терапії полягає, крім іншого, у створенні умов для соціальної реабілітації та реінтеграції пацієнтів у суспільство. Тому кабінети ЗПТ повинні мати оптимальний графік роботи. Проте на сьогодні графік роботи сайтів, скоріше, заважає офіційному працевлаштуванню пацієнтів на повний робочий день або навчанню на денних відділеннях ВНЗ. Зазвичай усі сайти працюють у першу половину дня, починаючи не раніше 8.00–9.00. До цього на більшості сайтів із ранку утворюються черги, в яких пацієнти змушені проводити по кілька годин.

Крім доступу до ЗПТ, не менш актуальне питання забезпечення пацієнтів із наркотичною опійдиною залежністю іншими якісними медичними і соціальними послугами.

Наявна нормативно-правова база МОЗ, організація роботи на сайтах ЗПТ, проектна діяльність міжнародних фундацій створюють необхідні засади для отримання клієнтами сайтів належного обсягу послуг із ЗПТ, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції й туберкульозу.

За даними операційного дослідження 2013 р., більшість пацієнтів, які отримують ЗПТ, задоволена якістю медичних і соціальних послуг [10]. Водночас є нарікання пацієнтів окремих сайтів на недоброзичливе до них ставлення конкретних медичних і соціальних працівників.

Попри забезпечення на більшості сайтів ЗПТ консультування на належному рівні, доступу до всіх потрібних медичних послуг, деякі пацієнти все ж таки відмовляються від тестування на ВІЛ-інфекцію, визначення рівнів вірусного навантаження та СД4, отримання АРТ-терапії. Це свідчить про недостатній рівень медичного та соціального супроводу цієї категорії пацієнтів як державними установами, так і недержавними організаціями.

Хоча діагностика та лікування ВІЛ і ТБ загалом для пацієнтів сайтів ЗПТ доступні, залишається низка чинників, які негативно впливають на ставлення пацієнтів до здоров'я та дотримання рекомендацій лікарів. Найголовніші перешкоди пов'язані з неможливістю отримання всього переліку медичних послуг (ЗПТ, обстеження на ВІЛ і ТБ, проходження лікування АРТ і ТБ в амбулаторних умовах) на базі одного лікувального закладу. Там, де проблему розв'язано і створено сайти інтегрованої допомоги (послуги надають «під одним дахом»), скажімо, як при Дніпропетровському та Полтавському обласних наркологічних диспансерах, є більше можливостей і для поліпшення доступу до соціальних

послуг для соціально дезадаптованих клієнтів, які мають проблеми із житлом, не працують і не мають легальних джерел для існування, а деякі — й документів, конфліктують з родичами або взагалі їх не мають тощо.

З огляду на особливості стану фізичного, психічного та соціального здоров'я хворих на опіоїдну залежність нагальна є потреба в створенні на базі сайтів ЗПТ центрів для надання орієнтованих на наркозалежніх пацієнтів медичних та соціальних послуг. Йдеться про забезпечення доступу всіх пацієнтів на кожному із сайтів не лише до ЗПТ, а й до:

- послуг якісного до- і післятестового консультування та тестування. При цьому варто активніше застосовувати швидкі тести та більше уваги надавати консультуванню, особливо післятестовому, не лише при позитивному, а й у разі негативного результату;
- консультацій інфекціоніста та фтизіатра, які можуть, як уже практикують на багатьох сайтах, входити до МДК і у визначені дні та години вести прийом на сайті;
- у разі призначення АРВ-терапії мати можливість її отримувати на цьому ж сайті;
- у разі вагітності мати змогу отримувати ЗПТ на базі жіночих консультацій та пологових будинків. Складовими цієї моделі є медичний догляд і підтримка під час вагітності та після пологів із застосуванням міждисциплінарного підходу (акушер-гінеколог, нарколог, неонатолог, інфекціоніст, лікар загальної практики — сімейної медицини, соціальний працівник, консультант за принципом «рівний рівному»). Медичний компонент повинен забезпечити можливість доступу вагітної до якісних інтегрованих медичних послуг на базі одного закладу охорони здоров'я та передбачати:
 - медичний супровід пацієнтки відповідно до профілю основного захворювання;
 - проведення курсу профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини у разі ВІЛ-позитивного статусу вагітної;
 - інформування родини (партнерів) про вплив наркотичних речовин на плід та новонароджену дитину;
 - інформування щодо сучасних методів лікування наркозалежності та вирішення питання про ЗПТ опіоїдної залежності для обох партнерів;
 - антенатальну диспансеризацію плода;
 - вирішення питання щодо планування сім'ї, засобів контрацепції та профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом, під час вагітності та в післяпологовий період;
- інформування з питань профілактики ВІЛ, спостереження за вагітністю із зачлененням статевого партнера. Тестування на ВІЛ статевого партнера під час вагітності;
- консультування з питань догляду за новонародженим, враховуючи наркотичну залежність жінки або обох партнерів;
- якісних і професіональних соціальних послуг, спрямованих на соціальну адаптацію та реінтеграцію пацієнтів ЗПТ. Причому до організації повноцінного соціального супроводу мають бути зачленені як психологи та юристи, які мають відповідні навички для роботи з цільовою групою, так і соціальні працівники, які надають послуги за принципом «рівний рівному». Для підвищення ефективності команд, які надають соціальні послуги, велику роль відіграватиме організація регулярних навчань у форматі обміну успішними практиками під час розв'язання типових і неординарних проблем клієнтів. Навчання можливо проводити за допомогою Інтернету і телефонних консультацій висококваліфікованих спеціалістів — національних експертів, проведення на регіональному рівні міжвідомчих робочих зустрічей, наприклад, з ініціативи (у форматі засідань) місцевих координаційних рад з питань ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркоманії;
- регулярного обстеження на туберкульоз. Щорічне флюорографічне дослідження, за наявності симптомів, характерних для туберкульозу, проведення бактеріоскопічного дослідження харкотиння та позапланове рентгенологічне обстеження. На сайтах, де немає належного обладнання, це завдання можна було б певною мірою вирішити за допомогою укладання угод з найближчими лікувальними закладами, які його мають. При цьому актуальним залишається питання формування толерантного ставлення медичних працівників таких закладів до клієнтів сайтів;
- протитуберкульозних ліків і соціальної допомоги для пацієнтів, які потребують амбулаторного лікування туберкульозу.

Саме такі центри інтегрованої допомоги наркозалежним дають змогу забезпечити більш стабілу мотивацію пацієнтів щодо регулярного обстеження та за потреби лікування формувати відповідальнішу поведінку стосовно їхнього здоров'я, ефективніше долати соціальні проблеми, забезпечити у майбутньому повноцінну реінтеграцію в суспільство.

Перешкоди і обмеження у доступі пацієнтів до сайтів ЗПТ, недостатня якість медичних і соціальних послуг, що надають на сайтах, призводять до вибуття із програми ЗПТ багатьох

пацієнтів. У 2013 р. вибуло 2356 осіб (27,6 %). Аналіз причин свідчить про незначну частку пацієнтів, які залишають програму через успішне завершення. Таких у 2013 р. було 192, тобто лише 8 % вибулих із програми. Вибули за власним бажанням 31 % (740 осіб) пацієнтів, унаслідок адміністративної виписки через порушення правил участі — 17 % (396 осіб), переведені до інших ЗОЗ — 12 % (293 особи), померли — 14 % (333 особи), притягнуту до кримінальної відповідальності 9 % (204 особи), інші причини — 8 % (198 осіб).

Крім того, висока смертність пацієнтів із ЗПТ та аналіз її причин (більшість померла внаслідок СНІДу та туберкульозу) вказують на важливість раннього залучення в програму пацієнтів СІН, насамперед ВІЛ-інфікованих. Цей крок дасть змогу забезпечити належне медичне спостереження за пацієнтом, зокрема своєчасні діагностику та лікування.

Збільшення доступності послуг ЗПТ, підвищення їхньої якості неможливі без належного фінансування програми ЗПТ. Досі фінансування запровадження та розвитку системи послуг ЗПТ значною мірою здійснювались за рахунок міжнародних донорів, передусім Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Держава забезпечила надання та фінансування клінічних баз (ЗОЗ) для розташування сайтів ЗПТ та оплату праці медичних фахівців, яких було задіяно в програмі.

Однак, з огляду на новий підхід Глобального фонду щодо надання грантів, а саме реалізацію нового фінансового механізму, який передбачає надання фінансування лише в разі виконання індикаторів гранту і дотримання державою своїх фінансових та інших зобов'язань, належить вказати на можливі ризики припинення або нездійснення впровадження ЗПТ у 2015–2016 рр. Також важливо звернути увагу на те, що від 2017 р. Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією припиняє надання Україні міжнародної технічної допомоги.

Тобто фактично залишився перехідний період 2015–2016 рр. У ці два роки український уряд має знайти ресурси для співфінансування ЗПТ відповідно до індикаторів, затверджених Загальнодержавною цільовою соціальною програмою протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр., а від 2017 р. повністю забезпечити фінансування із державного бюджету всіх заходів ЗПТ.

В умовах сьогодення (складна соціально-економічна ситуація в країні, брак державного фінансування та здебільшого пессимістичні прогнози стосовно виділення бюджетних коштів у майбутньому) збереження та подальший розви-

ток програм ЗПТ неможливий без впровадження нових моделей надання ЗПТ — застосування лікарняних кас, розвиток приватних сайтів ЗПТ, вирішення питання щодо закупівлі препаратів за кошти місцевих бюджетів тощо.

Не менш актуальним завданням є оптимізація витрат роботи сайтів. Проте ця оптимізація не повинна розглядатися як «вилучення» окремих статей витрат, наприклад, відмова від послуг соціального працівника, психолога або пряме скорочення кількості пацієнтів. Актуальний, проте мало використаний ресурс — використання рецептурної форми ЗПТ для пацієнтів, які демонструють прихильність до лікування та дотримують соціально прийнятної поведінки.

Моніторинг і оцінка доступності та якості ЗПТ

Моніторинг і оцінка якості є важливими складовими процесу управління програмою. Отримані результати дають змогу визначати ефективність програми ЗПТ, своєчасно виявляти проблеми, які існують у процесі надання послуг, удосконалювати їхню якість, реагувати на актуальні виклики, приймати оптимальні управлінські рішення.

Моніторинг — процес рутинного збору та систематизації ключових показників діяльності щодо надання послуг ЗПТ пацієнтам. Метою моніторингу є оцінка та корекція поточної діяльності, забезпечення ефективного використання ресурсів і безперервності надання послуг, досягнення запланованих завдань, визначення можливостей для подальшого розвитку.

Збір інформації для моніторингу ґрунтуються на системі документування діяльності в рамках надання пацієнтам медичних і соціальних послуг відповідно до положення про функціонування кабінету ЗПТ. На процес організації документального забезпечення варто звертати увагу на початковому етапі організації діяльності кабінету ЗПТ, що значно полегшить виконання функціональних обов'язків його персоналом і сприятиме проведенню моніторингу.

У програмах ЗПТ рекомендують проводити моніторинг таких видів діяльності:

- прийом і виписку пацієнтів;
- постачання, видачу та облік препарату;
- надання медичних послуг;
- фіксацію випадків побічних ефектів препаратів ЗПТ;
- надання послуг з психосоціальної реабілітації.

Для організації контролю за кожним із видів діяльності потрібно розробити низку індикаторів. Зокрема, для моніторингу прийому та виписки пацієнтів можна запропонувати такі індикатори:

- кількість (частка) наркозалежних пацієнтів, які отримують ЗПТ;
- кількість (частка) пацієнтів, які вибули з програми з різних причин (зокрема, успішно завершили її, за власним бажанням, переведені до іншого сайту, адміністративна виписка, притягнення до кримінальної відповідальності, смерть).

Джерело даних: амбулаторні карти пацієнтів, журнал обліку пацієнтів.

Моніторинг постачання та видачі препарату дає змогу забезпечити безперервність видачі препарату та контроль за обігом наркотиків. Він передбачає збір інформації про кількість препарату, що постачається на сайт, кількість препарату, видану пацієнтам, та облік наявних залишків.

Джерело даних: накладні, які заповнюють під час отримання препарату відповідальна особа, журнал, у якому фіксують кількість препаратів, виданих пацієнтам, листи призначень.

Для моніторингу надання медичних послуг рекомендують такі індикатори:

- кількість (частка) пацієнтів із ЗПТ, які проїшли тестування на наявність ВІЛ-інфекції;
- кількість (частка) пацієнтів із ЗПТ, які проїшли діагностику туберкульозу;
- кількість (частка) пацієнтів із ЗПТ, які проїшли тестування на наявність гепатитів та в разі негативних результатів вакциновані проти вірусного гепатиту В.

Для моніторингу надання послуг із психосоціальної реабілітації можна використовувати такі індикатори:

- кількість (частка) пацієнтів із ЗПТ, охоплених певним видом консультування;
- кількість проведених консультацій;
- кількість (частка) пацієнтів із ЗПТ, переадресованих до певних медичних та соціальних установ.

Додатково до зазначених кількісних показників у процесі моніторингу можна використовувати низку якісних індикаторів, а саме:

- спектр надаваних послуг;
- наявність додаткового фінансування проекту з різних джерел;
- наявність активістів-волонтерів з пацієнтів.

Таким чином, показники моніторингу стосуються обох складових ЗПТ – медичної та соціально-психологічної – і дають змогу оцінити обсяги та якість роботи як медичного персоналу (лікаря, медсестри) сайту, так і соціальних працівників, психологів.

Моніторингові заходи (збір інформації) мають відбуватися на регулярній основі установленим чином та координуватися обласними центрами моніторингу і оцінки (MiO), які є струк-

турними підрозділами регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. Рекомендованим є уніфікований підхід у всіх регіонах України.

Оцінка – систематизований процес дослідження ефективності діяльності щодо надання пацієнтам послуги ЗПТ. Цей процес зазвичай не є частиною рутинної діяльності кабінету ЗПТ, але оцінка, якщо є така нагода, може бути дуже корисною для того, аби зробити висновки щодо ефективності та доцільності програмних заходів.

Одним із найважливіших індикаторів ефективності ЗПТ вважають *показник утримання в лікуванні* [10]. Його розраховують як відсоток за певний термін (6 міс, рік) за такою формулою:

Кількість пацієнтів, що залишаються у ЗПТ
певний термін (6 міс, рік)

Загальна кількість пацієнтів, що розпочали лікування	Кількість пацієнтів, що залишаються у ЗПТ, але менше певного терміну
--	--

Якщо значення цього індикатора становить 70 % і більше, то організація ЗПТ (та всі складові ЗПТ – медична та психосоціальна) є ефективною.

Висновок про ефективність ЗПТ потрібно робити на основі комплексної оцінки, але й окремі показники можуть вказати на «слабкі місця» та визначити потенціал для поліпшення діяльності кабінетів ЗПТ.

Одним із найважливіших показників ефективності ЗПТ є «частка пацієнтів, які повністю припинили вживання нелегальних наркотичних речовин». Показник може бути розрахований на основі результатів опитування пацієнтів і спостережень медичного персоналу, який працює в кабінеті.

Інші показники ефективності ЗПТ визначають із врахуванням завдань, на вирішення яких спрямована програма. Вказані завдання стосуються як збереження/поліпшення стану здоров'я пацієнтів, так і поліпшення їхнього психологічного самопочуття та підвищення рівня адаптованості до соціуму.

Медичний компонент ЗПТ

Передусім ЗПТ розглядають як спосіб збереження здоров'я пацієнтів, а саме – запобігання інфікуванню ВІЛ, вірусними гепатитами. Якщо пацієнт має інші, крім наркозалежності, захворювання, зокрема ВІЛ, гепатити, ТБ тощо, можна очікувати, що участь у ЗПТ сприятиме відповідальнішому ставленню пацієнта до власного здоров'я, своєчасному проходженню належних обстежень та лікування.

Як уже зазначалося, значна частина пацієнтів, які отримують ЗПТ, окрім наркозалежності, ма-

ють інші захворювання, наприклад, ВІЛ-інфекцію (41 %), вірусні гепатити В (18 %) і С (54 %), туберкульоз (16 %). Таким чином, критерії ефективності ЗПТ визначають окрім для різних груп пацієнтів з урахуванням наявності/відсутності у них того чи того супутнього захворювання.

Зокрема, для **ВІЛ-негативних пацієнтів** ЗПТ розглядають як спосіб профілактики ВІЛ-інфікування. Відповідно основним критерієм її ефективності є відсутність серед пацієнтів нових (протягом участі у програмі) випадків ВІЛ-інфікування. Таким чином, для оцінки ефективності ЗПТ можна запропонувати показник «кількість (частка) нових випадків ВІЛ-інфікування серед пацієнтів ЗПТ», який розраховують як відсоток пацієнтів, котрі були ВІЛ-негативними на момент уведення в програму ЗПТ, але отримали ВІЛ-позитивний результат тесту під час одного із наступних обстежень на наявність ВІЛ-інфекції.

Джерело даних: медична документація пацієнтів.

У разі ВІЛ-позитивного статусу пацієнта участь у ЗПТ повинна сприяти отриманню ним комплексної медичної допомоги в зв'язку з його хворобою, зокрема регулярне обстеження на CD4 і вірусне навантаження та за відповідних медичних показань — призначення і початок прийому АРТ, дотримання режиму лікування (формування прихильності), профілактика туберкульозу.

Отже, для оцінки ефективності ЗПТ для групи ВІЛ-позитивних пацієнтів можна використовувати низку специфічних показників:

- частку ВІЛ-позитивних пацієнтів із ЗПТ, які перебувають під медичним наглядом у СНІД-центрі;
- частку ВІЛ-позитивних пацієнтів, яких регулярно обстежують на CD4 та вірусне навантаження;
- частку ВІЛ-позитивних пацієнтів, яким було призначено АРТ і які отримують вказане лікування;
- частку ВІЛ-позитивних пацієнтів, у яких поліпшилися показники імунологічної і вірусологічної ефективності АРВ-терапії.

Зазначені показники характеризують доступність для цільової групи належних медичних послуг, рівень відповідальності пацієнтів у ставленні до власного здоров'я.

Джерело даних: медична документація пацієнтів.

Для пацієнтів, які на момент уведення в програму **не були інфікованими вірусними гепатитами В, С**, ЗПТ є засобом профілактики цих захворювань, а відсутність нових випадків інфікування НВ і НС — критерієм її ефективності. Відповідно в якості індикаторів оцінки ЗПТ для

вказаної групи пацієнтів можна запропонувати показники «кількість (частка) нових випадків інфікування гепатитом В серед пацієнтів ЗПТ» та «кількість (частка) нових випадків інфікування гепатитом С серед пацієнтів ЗПТ». Вкрай потрібно умовою для розрахунку цих показників є включення в програму ЗПТ регулярного тестування пацієнтів (можливо, за допомогою «швидких» тестів) на вірусні гепатити у якості обов'язкового компонента.

Адже на даний момент медичні працівники можуть за потреби рекомендувати пацієнтам із ЗПТ пройти тестування на гепатити та склерувати їх у відповідні медичні заклади для проходження цього виду обстеження, але цей компонент не є обов'язковим. Пацієнти своєю чергою виконують вказані рекомендації у міру того, наскільки відповідально ставляться до власного здоров'я. Матеріальні перешкоди та інші чинники (наприклад, переконання, що не варто обстежуватися на гепатити, оскільки вилікувати їх однаково неможливо) також можуть стати на заваді проходженню наркозалежними вказаного обстеження.

Джерело даних: медична документація пацієнтів.

Пацієнтам, які в процесі участі у програмі ЗПТ **пройшли обстеження на гепатити та отримали негативний результат**, варто рекомендувати їх сприяти у проходженні вакцинації проти гепатитів. Поєднання ЗПТ як методу запобігання інфікуванню ВІЛ, гепатитів В і С немедичним парентеральним шляхом із вакцинопрофілактикою, яка дає змогу запобігти передачі гепатитів статевим шляхом (або ін'єкційним, якщо пацієнт не повністю відмовився від вживання ін'єкційних наркотиків), забезпечує комплексну профілактику вірусних гепатитів серед наркозалежних.

Таким чином, додатковим показником оцінки ефективності ЗПТ є «кількість (частка) пацієнтів із ЗПТ, обстежених на гепатит В/С із негативним результатом, які пройшли вакцинацію проти вказаного захворювання».

Джерело даних: медична документація пацієнтів.

У разі позитивного результату обстеження на гепатити пацієнту варто рекомендувати звернутися до лікаря-інфекціоніста. Звідси можна запропонувати додатковий показник для групи пацієнтів, хворих на гепатити, — «кількість (частка) пацієнтів із ЗПТ, хворих на гепатит В/С, які отримали консультацію лікаря-інфекціоніста з приводу вказаного захворювання».

Джерело даних: медична документація пацієнтів.

Для пацієнтів, які на початку участі в програмі ЗПТ **не були хворими на туберкульоз** (незалежно від їхнього ВІЛ-статусу), одним із критеріїв ефективності програми є збереження їхньо-

го здоров'я (відсутність у них діагнозу «туберкульоз») протягом участі в ній. Таким чином, для оцінки ефективності ЗПТ пропонують показник «кількість (частка) нових випадків захворювання на туберкульоз серед пацієнтів ЗПТ».

При цьому якщо запобігання інфікуванню ВІЛ і гепатитами значною мірою залежить від поведінки пацієнта ЗПТ, його утримання від ризикованих поведінкових практик (ін'єкційного вживання нелегальних наркотиків та незахищених сексуальних контактів), то у профілактиці зараження туберкульозом важливу роль відіграє дотримання медичними працівниками сайтів ЗПТ правил інфекційного контролю (зокрема правильного розподілу потоків пацієнтів).

Джерело даних: медична документація пацієнтів.

Якщо на момент початку прийому ЗПТ у пацієнтів було діагностовано туберкульоз, участь у програмі повинна сприяти проходження ними повного безперервного курсу лікування, що є запорукою одужання та умовою запобігання поширенню мультирезистентного туберкульозу.

Таким чином, ефективність ЗПТ для пацієнтів, хворих на туберкульоз, можна оцінювати за допомогою низки індикаторів, а саме:

- частки пацієнтів, які почали лікування туберкульозу;
- частки пацієнтів, які дотримують схеми лікування (приймають всі препарати, призначенні лікарем);
- частки пацієнтів, які допускали нетривалі (до 14 діб) перерви у лікуванні туберкульозу;
- частки пацієнтів, які допускали тривалі (від 14 діб до 2 міс) перерви у лікуванні туберкульозу;
- частки пацієнтів, які допускали відрив від лікування туберкульозу (перерви у лікуванні понад 2 міс);
- частки пацієнтів, які завершили повний курс лікування туберкульозу та вилікувалися.

Джерело даних: медична документація пацієнтів та результати опитування їх, адже деякі дані (наприклад, щодо самовільної відмови пацієнта від прийому певного препарату із призначених лікарем) можна отримати лише від самих пацієнтів. Ідеальним варіантом є тріангуляція даних, отриманих із двох указаних джерел.

При цьому лікування туберкульозу не повинно призвести до переривання ЗПТ. Ця загроза особливо актуальна, якщо пацієнт потребує лікування у стаціонарі протитуберкульозного закладу, на базі якого немає сайту ЗПТ. Тому під час оцінки ефективності ЗПТ для пацієнтів з діагнозом «туберкульоз» особливої ваги набуває

показник безперервності отримання ЗПТ, розрахований окремо для цієї групи пацієнтів.

Джерело даних: медична документація пацієнтів.

Розраховувати вказані показники можна як для кожного конкретного сайту ЗПТ окремо, так і для регіону загалом. Таким чином, комплекс показників ефективності ЗПТ можна адаптувати окремо для кожного сайту із врахуванням його особливостей, наприклад, типу ЗОЗ, співвідношення між різними групами пацієнтів (ВІЛ-позитивними та ВІЛ-негативними, хворими на ТБ та особами, які не мають такого діагнозу) тощо.

Особливої уваги потребують **вагітні із ЗПТ**. Для них доцільно запровадити специфічні показники оцінки ефективності ЗПТ, в тому числі:

- частку пацієントок, які перебувають на обліку в жіночій консультації;
- частку пацієントок, які своєчасно проходять обстеження на наявність ВІЛ-інфекції та у разі ВІЛ-позитивного результату починають прийом АРВ-препаратів;
- частку пацієントок, які своєчасно проходять інші обстеження, рекомендовані вагітним (УЗД, аналізи на гепатити, сифіліс, загальний та біохімічний аналізи крові, аналіз сечі тощо).

Джерело даних: медична документація пацієントок.

З огляду на незначну кількість наркозалежних вагітних, які отримують ЗПТ під час вагітності, вказані показники недоцільно розраховувати на рівні окремих сайтів чи регіонів.

Соціально-психологічний компонент ЗПТ

Передбачають, що участь у програмі ЗПТ має сприяти ефективнішій соціальній адаптації та ресоціалізації наркозалежних, зокрема навчанню та/або працевлаштуванню, оформленню соціальних виплат та пільг (якщо пацієнт має на них право), поліпшенню/відновленню сімейних взаємин, налагодженню соціальних зв'язків і формуванню мережі соціальної підтримки, зниженню рівня кримінальної активності наркозалежних тощо. Виходячи з цього, як індикатори ефективності соціальної складової ЗПТ можна використовувати такі показники:

- кількість (частка) пацієнтів із ЗПТ, які почали/відновили навчання;
- кількість (частка) пацієнтів із ЗПТ, які працевлаштувалися;
- кількість (частка) пацієнтів із ЗПТ, які оформили соціальні виплати або пільги;
- кількість (частка) пацієнтів із ЗПТ, які оформили інвалідність;
- кількість (частка) пацієнтів із ЗПТ, які оформили/відновили документи;

- кількість (частка) пацієнтів, у яких поліпшилися/відновилися сімейні взаємини;
- кількість (частка) пацієнтів, притягнутих до кримінальної відповідальності, зокрема за статтями, пов'язаними та не пов'язаними зі зберіганням і збутом наркотиків.

Вказані показники розраховують на період участі у програмі.

Джерело даних: результати опитування пацієнтів із ЗПТ.

Однією із передумов ефективної соціальної адаптації є поліпшення соціально-психологічного самопочуття пацієнтів. Відповідно для оцінки ефективності ЗПТ можна також використовувати індикатори, які дають змогу відстежувати вказані зміни та можуть бути виміряні за допомогою психологічних методик, наприклад:

- готовність до дій, спрямованих на досягнення позитивних змін у різних сферах власного життя;
- підвищення рівня самооцінки;
- зниження рівня внутрішньої стигматизації і дискримінації.

Прикладом психологічних методик, які можна застосовувати з цією метою, є методика семантичного диференціалу або шкала самооцінки та рівня домагань Т. Дембо і С. Я. Рубінштейна.

Джерело даних: результати опитування пацієнтів із ЗПТ за анкетою, до якої інтегровано психологічні методики.

Участь у програмі ЗПТ, зокрема мотиваційне консультування медичних і соціальних працівників, може стимулювати пацієнтів до зміни сексуальної поведінки на безпечнішу, що разом із запобіганням немедичному парентеральному шляху передачі ВІЛ, гепатитів В і С дасть змогу забезпечити комплексну профілактику інфікування ВІЛ та гепатитами для наркозалежних. З огляду на це, як показники ефективності ЗПТ можна використовувати індикатори, які характеризують поширеність ризикованих моделей сексуальної поведінки серед пацієнтів:

- частку пацієнтів, які повідомили про відсутність випадкових сексуальних контактів протягом певного періоду (наприклад, 12 міс);
- частку пацієнтів, які повідомили про 100 % використання презервативів під час кожного сексуального контакту;
- частку пацієнтів, які повідомили про використання презерватива під час останнього сексуального контакту.

Джерело даних: результати опитування пацієнтів ЗПТ. З огляду на схильність наркозалежних респондентів давати соціально схвалювані відповіді та применшувати частоту ризикованих поведінкових практик, для більшої об'єктивнос-

ті даних у дослідження можна вводити біологічний компонент — тестування на наявність ІПСШ швидкими тестами.

Показники моніторингу і оцінки ЗПТ рекомендують розраховувати раз на 6 міс, але не рідше, ніж раз на рік.

Рекомендації щодо забезпечення сталості послуг ЗПТ

Виклики, що негативно впливають на життєздатність заходів із протидії епідемії ВІЛ/СНІДу серед споживачів ін'єкційних наркотиків та їхніх статевих партнерів, які продовжують залишатися рушійною силою епідемії, потребують негайних дій з боку політиків, уряду, органів місцевого самоврядування, спеціалістів і небайдужої громадськості.

Серед першочергових кроків, що дадуть змогу змінити ситуацію на краще, можна запропонувати низку заходів, які забезпечать якість, сталість та подальший розвиток ЗПТ, відповідно до потреб пацієнтів.

I. На національному рівні

Національній раді з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу; обласним радам з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу, Міністерству охорони здоров'я, Національній академії медичних наук, ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» важливо звернути увагу на вирішення таких питань:

- міжвідомча координація центральних органів виконавчої влади, залучених до формування та реалізації державної політики в сфері протидії ВІЛ-інфекції;
- нормативне врегулювання механізму соціального замовлення, затвердження стандартних пакетів профілактичних послуг, зокрема ЗПТ;
- декриміналізація споживання наркотичних засобів, зокрема внесення змін у Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу» № 188 від 01.08.2000 р., їхній перегляд у бік збільшення кількісних параметрів меж;
- визначення національних потреб у профілактичних послугах для СІН та їхніх статевих партнерів, забезпечення належного фінансування цих послуг, зокрема з державного бюджету України, та проведення моніторингу й оцінки з наступною тріангуляцією даних;
- опрацювання механізмів зменшення цін на наркотичні препарати для потреб ЗПТ і вартості логістичного супроводу;

- щоквартальне обговорення актуальних питань протидії наркоманії на засіданнях Національної та обласних рад;
- створення єдиної системи MiO з питань ВІЛ-інфекції/туберкульозу/наркоманії на базі національного та регіональних центрів MiO;
- вжиття заходів щодо декриміналізацій наркозалежних шляхом посилення співпраці між МОЗ, МВС, СБУ у напрямку нормативного врегулювання відповідних питань;
- розробка та затвердження нормативних актів щодо механізмів утилізації шприців з метою забезпечення ефективної реалізації програм «зменшення шкоди» на регіональному рівні.

II. На рівні департаментів охорони здоров'я

Забезпечити аналіз епідеміологічної ситуації та прогнозування тенденцій щодо подальшого розвитку епідемії наркоманії/ВІЛ/ТБ за участі фахівців служби СНІДу, фтизіатричної, наркологічної та акушерсько-гінекологічної служб із зачлененням сімейної медицини з метою забезпечення в регіоні:

- територіального наближення послуг до пацієнтів, які потребують ЗПТ;
- відкриття сайтів на базі ЗОЗ, відповідно до структури захворюваності пацієнтів, які потребують ЗПТ, включно з відкриттям сайтів на базі ПТЗ, СНІД-центрів, жіночих консультацій/пологових будинків, психоневрологічних диспансерів. Для регіонів із високим рівнем поширеності ВІЛ/ТБ актуальним є також вирішення питання щодо можливості зачленення лікарів загальної практики — сімейної медицини в амбулаторних умовах;
- організації безперервного професійного розвитку лікарів різних спеціальностей, яких планують зачленити до надання послуг ЗПТ. Найефективніше стажування на робочому місці.

Призначити на рівні департаменту кожного регіону спеціаліста, відповідального за впровадження ЗПТ. До його функціональних обов'язків повинні входити координація діяльності медичних і соціальних служб у рамках впровадження ЗПТ у регіоні, підготовка пропозицій щодо своєчасного перерозподілу препаратів ЗПТ між сайтами і розширення ЗПТ відповідно до потреб. У разі виникнення проблемних питань забезпечити вчасне їх винесення на розгляд обласної координаційної ради.

Розробити, забезпечити пілотування та подальше впровадження нових інноваційних моделей ЗПТ у регіоні (зачленення лікарняних кас, розвиток мережі приватних медичних закладів, можливість отримати послуги ЗПТ на базі ЗОЗ за рахунок коштів пацієнтів).

В умовах реформування системи охорони здоров'я створити єдину обласну систему моніторингу та оцінки ефективності заходів із протидії наркоманії/ВІЛ-інфекції/СНІДу/ТБ на базі регіональних центрів MiO, які сьогодні є структурними підрозділами обласних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.

Забезпечити створення та функціонування регіональних центрів реабілітації та ресоціалізації для наркозалежних.

Забезпечити впровадження в регіоні програм «зменшення шкоди» для споживачів ін'єкційних наркотиків і їхніх статевих партнерів.

Вжити заходів інфекційного контролю на базі всіх ЗОЗ, які надають послуги ЗПТ.

Затвердити наказами регіональних департаментів охорони здоров'я порядок видачі препаратів ЗПТ у разі амбулаторного, стаціонарного лікування наркозалежних пацієнтів, зокрема створення стаціонару вдома. Передбачити видачу препаратів за рецептами у вихідні та святкові дні, відповідно до вимог чинного законодавства, зокрема актів Кабінету Міністрів України, наказів МОЗ.

Забезпечити проведення регулярних інформаційно-просвітницьких заходів зі співробітниками органів внутрішніх справ з питань ЗПТ і програм зменшення шкоди.

III. На рівні закладів охорони здоров'я

Організувати роботу сайтів у зручний для пацієнтів час, якщо можливо, починати не пізніше 7.00.

Забезпечити можливість отримання пацієнтами інтегрованих послуг відповідно до профілю захворювання.

Вжити заходів для отримання пацієнтами препаратів ЗПТ за рецептами, зокрема у вихідні, святкові дні, за потреби амбулаторного лікування.

Забезпечити дотримання норм інфекційного контролю у ЗОЗ, на базі якого розташовано сайти ЗПТ.

Забезпечити неухильне дотримання законодавства в сфері обігу наркотичних засобів у ЗОЗ.

Забезпечити підготовку та надання до обласного центру MiO якісних вірогідних даних.

Організувати вчасне планування потреб у ЗПТ, надання пропозицій щодо оперативного перерозподілу препаратів відповідно до нагальних потреб.

Залучити до роботи сайтів представників ВІЛ-сервісних неурядових організацій (НУО), налагодити взаємодію на постійній основі з соціальними службами.

Налагодити обмін інформацією щодо потреб пацієнтів між ЗОЗ за умов отримання згоди

Додаток. Кількість осіб з розладами психіки через уживання наркотичних речовин внутрішньовенно за 2009—2013 рр. серед контингенту на кінець року

Адміністративна територія, область	Абсолютні числа					На 100 тис. населення				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
АР Крим	3364	2629	3403	3608	3433	171,76	134,37	174,1	184,6	175,5
Вінницька	1020	963	912	885	873	61,71	58,59	55,8	54,4	53,9
Волинська	1604	1458	1416	1404	1381	155,20	141,01	136,9	135,5	133,1
Дніпропетровська	8502	7818	7240	7005	6810	252,22	233,22	217,2	211,2	206,1
Донецька	8657	8789	8743	8950	9106	192,91	197,33	197,8	203,9	208,7
Житомирська	1082	836	774	711	667	83,55	64,98	60,5	55,8	52,5
Закарпатська	167	167	173	166	120	13,46	13,45	13,9	13,3	9,6
Запорізька	5390	5349	5469	5464	5234	296,07	295,38	303,7	305,1	293,3
Івано-Франківська	595	585	613	666	671	43,17	42,45	44,5	48,4	48,7
Київська	1186	1157	1140	1098	1032	68,87	67,42	66,6	64,1	60,1
Кіровоградська	2213	2465	1680	1720	1832	216,83	243,73	167,4	172,7	185,3
Луганська	4200	4471	4334	4111	3493	180,47	193,80	189,5	181,3	155,1
Львівська	1018	1006	934	972	1005	40,16	39,74	37,0	38,5	39,8
Миколаївська	2300	2247	2332	2368	2383	192,45	189,01	197,2	201,1	203,2
Одеська	5779	6003	5410	4203	3737	242,70	252,23	227,5	176,8	156,7
Полтавська	1868	1734	1783	1739	1717	124,24	116,24	120,5	118,4	117,6
Рівненська	1061	1013	1015	948	927	92,27	88,04	88,1	82,2	80,2
Сумська	998	1005	980	952	926	84,44	85,89	84,5	82,8	81,2
Тернопільська	544	531	519	504	485	49,90	48,91	48,0	46,8	45,2
Харківська	1879	1942	1955	1904	1867	67,91	70,53	71,4	69,8	68,4
Херсонська	2207	2203	1913	1840	1777	201,04	201,74	176,0	170,1	165,0
Хмельницька	1904	1823	1690	1618	1560	142,28	136,99	127,7	122,9	119,0
Черкаська	1497	1765	1746	1633	1597	115,10	136,65	136,2	128,2	126,2
Чернівецька	695	679	684	676	648	77,14	75,34	75,9	74,9	71,7
Чернігівська	1846	1788	1780	1696	1651	165,89	162,37	163,4	157,0	154,4
м. Київ	9062	8902	8498	8269	8179	332,65	324,44	308,1	298,2	291,7
м. Севастополь	1062	1136	1175	1091	1047	280,87	300,14	310,1	287,7	274,5
Україна	71 700	70 464	68 311	66 201	64 158	155,99	153,91	149,8	145,6	141,4

пацієнта задля підвищення якості лікування та сталості послуг.

Забезпечити дотримання прав і свобод пацієнтів, запобігти стигмі та дискримінації.

Впровадити надання гендерно-орієнтованих пакетів послуг.

Організувати стажування медичних і соціальних працівників на робочому місці.

IV. На рівні НУО, залучених до впровадження ЗПТ

Продовжувати співпрацю із ЗОЗ на договірній основі, взаємодію із соціальними службами з метою реабілітації та ресоціалізації, забезпечувати можливості отримання правової, психоло-

гічної та соціальної допомоги пацієнтами сайтів ЗПТ, які її потребують.

Організувати на постійній основі навчання соціальних працівників, зокрема вжити заходів із обміну досвідом і соціальними технологіями.

Налагодити громадський контроль за наданням послуг ЗПТ для забезпечення доступності та якості цих послуг.

V. На рівні пацієнтів

Підвищення відповідальності пацієнтів щодо запобігання ризикований поведінці, залучення до кримінальної діяльності, включаючи виробництво, реалізацію наркотичних речовин, надання послуг комерційного сексу тощо.

Список літератури

1. Берлева Г., Думчев К., Касянчук М. та ін Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік.— К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012.— С. 26–27.
2. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюллетень.— № 41.
3. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюллетень.— № 42.
4. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюллетень.— № 43.
5. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюллетень.— № 41.
6. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД.— К., 2012.— 20 с.
7. Інформація щодо кількісних та якісних неперсоніфікованих характеристик пацієнтів ЗПТ станом на 01.01.2015. [Електронний ресурс].— Режим доступу: <http://ucdc.gov.ua/uk/>
8. statystyka/profilaktyka/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya.
9. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом за грудень 2014 року [Електронний ресурс].— Режим доступу: <https://drive.google.com/file/d/0B3u31Ye4LQyzOTJIMFlVVGhqdVU/edit?pli=1http://ucdc.gov.ua/attachments/article/972/грудень%202014.pdf>.
10. Оцінка доступу до лікування ВІЛ та туберкульозу у пацієнтів ЗПТ на прикладі різних моделей надання послуг [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/ZPT_ukr.pdf.
11. Рекомендації із удосконалення психосоціальних послуг пацієнтам замісної підтримувальної терапії.— К.: «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014.— С. 128.
12. Goler N.C. et al. Tackling substance abuse in pregnancy: a cost-saving approach // Journal of Perinatology.— 2008.— Vol. 28 (9).— P. 587.— Doi:10.1038/jp.2008.114.

М.В. Зеленская¹, Е.Г. Ещенко¹, И.Л. Демченко²

¹ Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, Киев

² Аналитический центр «Социоконсалтинг», Киев

Актуальные вопросы внедрения заместительной поддерживающей терапии в Украине

В статье приведена информация об актуальных вопросах внедрения заместительной поддерживающей терапии в Украине.

Ключевые слова: группы риска, потребители опиатных инъекционных наркотиков, заместительная поддерживающая терапия, беременные, мониторинг и оценка эффективности мероприятий, законодательные и нормативные акты, координационные советы, сайты заместительной поддерживающей терапии.

M.V. Zelenska¹, O.G. Eshenko¹, I.L. Demchenko²

¹ P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health Care of Ukraine, Kyiv, Ukraine

² Analytical Center «Socialconsalting», Kyiv, Ukraine

Actual questions of implementation substitution maintenance therapy in Ukraine

This article provides information on the most pressing issues for substitution therapy in Ukraine.

Key words: risk groups, consumers opiate injection drug substitution maintenance therapy, pregnant, monitoring and evaluation of measures, laws and regulations, coordinating councils, the sites of substitution therapy.

Контактна інформація:

Зеленська Марина Володимирівна, к. мед. н., доц. кафедри акушерства, гінекології та репродуктології
04210, м. Київ, просп. Героїв Сталінграда, 16
Тел. (044) 411-87-61
E-mail: zelmarina@i.ua

Стаття надійшла до редакції 25 травня 2015 р.