

УДК 616.89–008.441.33+618–08:615

Г. А. Пріб<sup>1</sup>, С. В. Дворяк<sup>2</sup>

### ВІЛ-ІНФІКОВАНІ НАРКОЗАЛЕЖНІ ПАЦІЄНТИ, ЯК ГРУПА З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ

<sup>1</sup>Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

<sup>2</sup>Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я, м. Київ

У статті розглядаються питання надання допомоги ВІЛ-інфікованим наркозалежним пацієнтам, як групі із особливими потребами в умовах епідемії ВІЛ/СНІД в Україні.

**Ключові слова:** наркозалежність, підтримуюча терапія агоністами опіоїдів (ПТАО), ВІЛ-інфекція, ВІЛ/СНІД

**Актуальність.** В Україні епідемія ВІЛ-інфекції тісно пов'язана з епідемією наркоспоживання. При аналізі домінуючих шляхів передачі ВІЛ встановлено, що з 1995 по 2007 рік основним шляхом передачі збудника був парентеральний, переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 році відбулася зміна — частка статевого шляху передачі стала більшою за частку парентерального шляху при ін'єкціях наркотиків. У 2010 році частка осіб, які були інфіковані статевим шляхом склала 45%, а інфікування при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом — 33,8%. Хоча питома вага гетеросексуального шляху передачі ВІЛ зростає, ін'єкційний шлях і досі залишається найважливішим за своїм впливом на епідемію. Попри застосовані заходи профілактики ще й досі велика кількість СІН (35–60%) практикують спільне користування ін'єкційним обладнанням. Це підтримує розвиток епідемії і не дозволяє взяти її під повний контроль.

Матеріали епідагляду свідчать про те, що нова хвиля інфікування ВІЛ статевим шляхом тісно пов'язана з небезпечною сексуальною поведінкою СІН та їхніх статевих партнерів. Тобто, на сьогодні Україна залишається в категорії країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції, що зосереджена серед окремих груп населення високого ризику інфікування ВІЛ, зокрема споживачів ін'єкційних наркотиків. З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції в 1987 році і до 2010 року включно в Україні офіційно зареєстровано майже 182 тис. випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 37 тис. захворювань на СНІД та 21 тис. випадків смерті від нього. Протягом 2010 року в країні зареєстровано 20,5 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції (44,7 на 100 тис. населення). Завдяки реалізації комплексу заходів, спрямованих на призупинення епідемії ВІЛ-інфекції, зокрема серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН),

темпи приросту захворюваності на ВІЛ, починаючи з 2006 року, невпинно знижуються. Так, якщо в 2006 році показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в цілому по країні збільшився на 16,8% порівняно з попереднім 2005 роком, то в 2010 році — лише на 3,3% порівняно з 2009 роком. Підтримуюча терапія агоністами опіоїдів (ПТАО) є одним із найефективніших методів лікування залежності від опіоїдів та профілактики інфікування ВІЛ.

Станом на 01.06.2012 р. ЗПТ в Україні отримує 6901 наркозалежних, з яких 3041 — ВІЛ-інфіковані, 1035 пацієнтів отримують високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ). Тобто, майже 45 % всіх пацієнтів програм ПТАО перебувають на тій чи іншій стадії ВІЛ-інфекції та потребують систематичного медичного спостереження з метою діагностики, профілактики та лікування патології, викликані безпосередньо ВІЛ та/або ОІ, формування прихильності до ВААРТ та роботи, направленої на зменшення ризикованої поведінки. Знання перебігу ВІЛ-інфекції необхідне для надання адекватної медичної допомоги цій групі пацієнтів.

Результати дослідження. Споживачі ін'єкційних наркотиків належать до групи ризику щодо інфікування ВІЛ, тому усім пацієнтам, які починають лікування потрібно запропонувати консультування та тестування на ВІЛ. Медичні працівники повинні пояснити пацієнтам, що тестування на ВІЛ важливе для визначення подальшої тактики надання допомоги. Пацієнт має право відмовитися від проходження обстеження на ВІЛ. Консультування та тестування на ВІЛ проводиться згідно з національним протоколом підготовленим лікарем, медичною сестрою, соціальним працівником-консультантом або психологом та повинно включати такі етапи:

- дотестове (перед-тестове) консультування, метою якого є інформування з питань ВІЛ та важливості знання ВІЛ-статусу; визначення ризиків, що можуть

привести до інфікування; отримання інформованої згоди пацієнта на проведення тестування на ВІЛ;

- серологічне дослідження крові методом імуноферментного аналізу (ІФА) або швидких тестів (експрес-тест) для виявлення антитіл до ВІЛ з підтвердженням результату, відповідно до чинного законодавства, в спеціалізованих лікувальних закладах;
- післятестове консультування, яке передбачає інформування щодо важливості профілактичних заходів незалежно від результатів тестування та доцільності отримання послуг добровільного консультування та тестування в подальшому (у разі негативного статусу). У разі позитивного результату тесту на ВІЛ необхідно надати пацієнту психологічну підтримку, рекомендувати план подальшого обстеження, інформувати про всі можливі варіанти допомоги та перенаправити пацієнта для підтвердження діагнозу в спеціалізованій заклад. Як правило, підтвердження клінічного діагнозу ВІЛ-інфекції відбувається в регіональних центрах профілактики та боротьби зі СНІД.

ВІЛ-інфекція — тривала інфекційна хвороба, яка розвивається внаслідок інфікування ВІЛ та характеризується ураженням імунної системи, яке прогресує. Виділяють такі шляхи передачі ВІЛ: статевий, через кров та від матері до дитини. Ризик інфікування підвищується, якщо людина перебуває на пізній стадії захворювання (високе вірусне навантаження (ВН) та низький рівень СД4) та в період гострої вірусної інфекції, коли також спостерігається високий вміст вірусу в крові інфікованого. Ризик навпаки зменшується, якщо хворий на ВІЛ-інфекцію отримує ВААРТ.

В період ранньої фази ВІЛ-інфекції, яка настає після появи антитіл та триває в середньому півроку, встановлюється рівновага між ВІЛ та імунітетом, що супроводжується коливаннями ВН та вмісту антитіл. Після цього періоду кількість копій ВІЛ та чисельність CD4-клітин стабілізуються і протягом декількох наступних років за відсутності специфічного лікування їх коливання майже непомітне. В латентній стадії ВІЛ-інфекції пацієнти не мають ніяких скарг, і при їх обстеженні лікарі, як правило, ніяких змін не виявляють, за винятком збільшення лімфовузлів, дослідження яких показало високу концентрацію ВІЛ як в клітинах, так і позаклітинно. Головним резервуаром вірусу на цій стадії виступає саме лімфоїдна тканина. У міру прогресування захворювання клітини лімфовузлів руйнуються, що призводить до звільнення з них вірусу. В цей час швидкість його розмноження дуже висока, що супроводжується щоденним знищенням до 10 млрд. CD4 лімфоцитів. Але всі вони заміщуються новими клітинами. Щодоби оновлюється приблизно третина всієї популяції ВІЛ, який є в організмі людини, і приблизно 6–7% CD4 лімфоцитів (тобто їх повна заміна відбувається кожні півмісяця). Безсимптомне вірусносіяство переходить у фазу персистоючої генералізованої лімфаденопатії поступово. Після цього тривалість інфекційного процесу в середньому складає від 6 місяців до 5 років. Крім генералізованої лімфаденопатії, наприкінці цієї фази можуть спостерігатися

збільшення печінки, селезінки та астеничний синдром. З часом, в результаті прогресування ВІЛ-інфекції, кількість клітин СД4 значно зменшується, що призводить до зниження імунної функції та вразливості організму до інфекцій, а також є причиною виникнення онкологічних захворювань.

Стадія ранніх клінічних проявів ВІЛ-інфекції характеризується появою поверхневих грибкових, вірусних або бактеріальних ушкоджень шкіри та слизових оболонок (кандидозний стоматит, рецидивуюча герпетична інфекція, волосиста лейкоплакія язика, дисплазія шийки матки та інші хвороби), рецидивуючих бактеріальних інфекцій верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт). Перехід в стадію СНІДу супроводжується немотивованою втратою ваги тіла (понад 10% протягом 6 місяців), немотивованою хронічною діареєю тривалістю понад 1 місяць та лихоманкою.

СНІД характеризується приєднанням захворювань, які розвиваються в результаті імунодефіцитного стану людини, так званих СНІД-індикаторних хвороб. Серед СНІД-індикаторних захворювань найчастіше зустрічаються пневмоцистна пневмонія, цитомегаловірусна інфекція, туберкульоз (легеневий та позалегеневий), саркома Капоші, дисемінована інфекція, хронічна герпетична інфекція, рецидивуючі бактеріальні пневмонії, токсоплазмоз, ВІЛ-асоційована деменція, лімфома головного мозку. Сьогодні цей список включає близько 30 захворювань. У клінічній практиці не рекомендовано використовувати термін СНІД, оскільки це може негативно вплинути на емоційний стан хворого. Замість цього використовують термін ВІЛ-інфекція.

Термінальна стадія ВІЛ-інфекції діагностується у пацієнтів, у яких число CD4+ лімфоцитів знижується до рівня меншого 50 клітин у мм<sup>3</sup>. Подальше пригнічення імунної системи призводить до генералізованих вірусних, грибкових або бактеріальних інфекцій та злоякісного росту (серед пухлин найбільш типовими, крім саркоми Капоші, вважаються лімфоми), часто мають місце й різноманітні ураження центральної нервової системи. Окрім цього, необхідно пам'ятати, що будь-які патогенні мікроорганізми викликають надзвичайно важкі клінічні стани. Треба зазначити, що нині за міжнародними стандартами, діагноз СНІДу встановлюється усім особам із СНІД-асоційованими захворюваннями (незалежно від вмісту CD4-клітин), а також тим хворим, які мають рівень лімфоцитів СД4 нижче 200/мкл, навіть при відсутності СНІД-індикаторних хвороб. Патологічний процес при ВІЛ-інфекції охоплює практично всі органи і системи людини, але основними вогнищами ураження виступають легені, шлунково-кишковий тракт і нервова система.

Згідно із затвердженим Наказом МОЗ України від 12.07.2010р. №551 клінічним протоколом ВААРТ у дорослих та підлітків, обов'язковими компонентами обстеження, які повинен застосовувати лікар при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, є: – опитування щодо скарг і збір анамнезу; – об'єктивне фізикальне обстеження; – лабораторне обстеження;

– інструментальне обстеження; – консультації вузьких спеціалістів (за показаннями); – оцінка поінформованості та рівня знань щодо ВІЛ-інфекції, з увагою до профілактики ризику передачі ВІЛ.

Проведення первинного об'єктивного фізикального обстеження ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які починають ПТАО, повинно бути ретельним, із застосуванням методів огляду, перкусії та аускультатії для виявлення наявності симптомів та проявів патологічних процесів. Дані, отримані в результаті первинного обстеження, дозволять лікарю сформулювати уявлення про соматичний та психічний стан пацієнта та допоможуть в подальшому своєчасно виявляти будь-які зміни в стані здоров'я пацієнта в ході динамічного спостереження. Важливо також з'ясувати у пацієнтів результати лабораторних та інструментальних обстежень, які проводилися раніше, висновки вузьких спеціалістів; дату початку ВААРТ, якщо така призначалася. Залежно від результатів обстеження подальший медичний супровід може передбачати профілактику, діагностику та лікування ОІ, супутніх захворювань та ускладнень, ВААРТ, періодичні планові медичні огляди та обстеження, або інші заходи — за показаннями. В ході первинного фізикального обстеження та подальшого динамічного спостереження ВІЛ-інфікованих пацієнтів можуть бути виявлені симптоми захворювань, що потребують діагностики та участі спеціалістів: фтизіатра, гінеколога (для жінок), офтальмолога, дерматолога, невропатолога, психіатра. У разі необхідності потрібно залучати також інших спеціалістів (онколога, уролога, хірурга, гістолога та ін.);

Лабораторно-інструментальні обстеження ВІЛ-інфікованих пацієнтів та періодичність їх проведення. Результати, отримані в ході лабораторних та інструментальних методів обстеження ВІЛ-інфікованих пацієнтів, важливі з точки зору своєчасної діагностики прогресування інфекції, приєднання ОІ, прийняття рішення щодо призначення ВААРТ, контролю ефективності лікування та профілактики побічних дій препаратів ВААРТ.

1. Загальні клінічні та біохімічні дослідження (обов'язкові):

- загальні клінічні дослідження крові (з визначенням гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитарної формули, абсолютної кількості лейкоцитів) — кожні 3 — 6 місяців (не рідше 1 разу на 6 місяців); після призначення ВААРТ протягом перших 6-ти місяців-щомісячно;
- біохімічне дослідження крові (білірубін та його фракції, АЛТ, АСТ, сечовина, креатинін) — кожні 3 — 6 місяців (не рідше 1 разу на 6 місяців); після призначення ВААРТ протягом перших 6-ти місяців-щомісячно;
- рівень глюкози крові — кожні 6 місяців;
- загальні клінічні дослідження сечі — кожні 6 місяців;

2. Дослідження, пов'язані з ВІЛ-інфекцією:

Визначення абсолютної і відносної кількості CD4-лімфоцитів (абсолютна кількість та відсотковий вміст). Кількість CD4-лімфоцитів є основним клінічним індикатором імунодефіциту в інфікованих ВІЛ і

найважливішим критерієм у прийнятті рішення про початок ВААРТ проведення профілактики ОІ. Визначення абсолютної кількості та відсоткового вмісту CD4-лімфоцитів повинно здійснюватися на початку медичного спостереження пацієнта (після встановлення діагнозу) та з певною регулярністю подальшому:

- пацієнтам, з кількістю CD4-лімфоцитів понад 500 клітин/мкл, безсимптомним перебігом захворювання і невисоким ВН ВІЛ — кожні 6 місяців;
- якщо рівень лімфоцитів CD4 менше 500 клітин/мкл — 1 раз на 3 місяці;
- менше 350 клітин/мкл — один раз на 1–3 місяці.

Відносна кількість CD4-лімфоцитів, виражена у відсотках, відрізняється більшою сталістю, ніж абсолютна. Важливо, щоб і медичний працівник, і пацієнт були обізнані щодо можливості значних коливань кількості CD4-лімфоцитів. На показник кількості CD4-лімфоцитів можуть впливати численні фактори, в тому числі лікарські засоби та інтеркурентні захворювання. Значною зміною вважають 30% різницю між результатами двох досліджень абсолютної кількості CD4-лімфоцитів або 3% різницю відсоткового вмісту. Абсолютна кількість CD4-лімфоцитів 200 і 500 клітин/мкл зазвичай відповідають відносній кількості 14% і 29%, відповідно.

Після призначення ВААРТ протягом першого року терапії рекомендується проводити визначення рівня CD4-лімфоцитів кожні 3 місяці, а в подальшому при зростанні кількості CD4-лімфоцитів до рівня 500 клітин/мкл і вище, стабільному клінічному статусі протягом 2-3 рр., частоту дослідження кількості CD4-лімфоцитів можна зменшити до 1 разу на 6 міс..

Визначення ВН ВІЛ у плазмі крові. ВН у ВІЛ у плазмі крові необхідно визначати на початку спостереження пацієнта та систематично під час подальшого спостереження, особливо у пацієнтів, які отримують ВААРТ, оскільки ВН є найвагомішим показником відповіді на ВААРТ. Основною метою лікування є зниження ВН ВІЛ до рівня, який не визначається за допомогою наявних лабораторних методів дослідження (нижче 40 — 75 копій/мл для більшості діагностичних тест-систем). Визначення ВН ВІЛ до призначення ВААРТ слід проводити 1 раз на 6 місяців, після призначення ВААРТ — кожні 3 місяці протягом першого року лікування, доки його рівень не досягне невизначального, і далі — кожні 6 місяців за умови клінічної стабілізації та невизначального рівня ВН. Визначення рівня CD4-лімфоцитів та ВН проводяться в центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

3. Лабораторні дослідження з метою діагностики ОІ і супутніх захворювань.

Проба Манту. Для ВІЛ-позитивних осіб шкірна реакція після проведення проби Манту більше 5 мм у діаметрі вважається позитивним результатом і вимагає проведення подальшого обстеження для виключення діагнозу туберкульозу. Пацієнтам, з початковим негативним результатом тесту, але які перебувають у контакті з хворими на туберкульоз, пробу Манту слід повторювати щорічно. Також пробу Манту слід проводити в усіх випадках, коли є відомості про нещодавній контакт з

хворим на туберкульоз. Визначення показань та протипоказань, проведення та оцінку результатів проби повинні здійснювати спеціалісти протитуберкульозних закладів.

Дослідження харкотиння (мікроскопія і бактеріологічне дослідження).

Обстеження на сифіліс (RW) та інфекції, які передаються статевим шляхом (гонорея, хламідіоз, трихомоніаз) — не рідше 1 разу на рік.

Серологічні дослідження на маркери вірусних гепатитів В і С.

#### 4. Обов'язкові інструментальні дослідження:

Рентгенографія органів грудної клітини. Проводиться 1 раз на рік, а також за наявності проявів захворювань дихальної системи, у разі нещодавнього контакту з туберкульозом та при виявленні симптомів туберкульозу. Результати рентгенографічного обстеження повинні зберігатися для подальшого порівняння з результатами наступних обстежень.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (для оцінки лімфатичних вузлів, стану печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, селезінки) і нирок — 1 раз на рік, або залежно від показань. Електрокардіографія (ЕКГ) — не рідше 1 раз на рік.

Після первинного фізикального обстеження та протягом всього періоду лікування в терапевтичній програмі дуже важливо забезпечити систематичний контроль стану здоров'я ВІЛ-інфікованих пацієнтів незалежно від стадії ВІЛ-інфекції для своєчасного виявлення загрози прогресування хвороби.

Обслуговування ВІЛ-позитивних пацієнтів доцільно організувати таким чином, щоб медична допомога надавалась в межах однієї установи (інтеграція послуг). Оптимальне рішення — організація лікування залежності АО на базі центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. Однак, наразі програми ПТАО функціонують, здебільшого, на базі наркологічних установ та наркологічних кабінетів районних лікувальних закладів. Необхідно створити ефективний механізм перенаправлення пацієнтів до інших медичних установ (СНІД-центрів, протитуберкульозних закладів, дерматовенерологічних диспансерів, закладів загальносоматичної мережі) та залучати до ведення пацієнтів підготовлених соціальних працівників державних або неурядових організацій, що надають допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам та ознайомлені з принципами ведення випадку.

Контроль стану пацієнта включає медичні огляди інфекціоніста та інших спеціалістів, проведення обстежень; профілактику, діагностику та лікування опортуністичних інфекцій (ОІ), коінфекцій та супутньої патології; роботу над формуванням прихильності до лікування в подальшому та надання психосоціальної підтримки.

Частота здійснення медичних оглядів, обстежень та консультування пацієнтів залежить як від стадії ВІЛ-інфекції, так і від темпів прогресування захворювання та необхідності моніторингу ефективності ВААРТ в разі її призначення. Планові медичні огляди й обстеження проводяться не рідше одного разу на 6 місяців; у випадках

ознак прогресування ВІЛ-інфекції - не рідше одного разу на 3 місяці та залежно від клінічної ситуації.

Метою ВААРТ є зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, збереження повноцінного і якісного здоров'я та подовження життя ВІЛ-інфікованої людини. Основними завданнями ВААРТ є:

- пригнічення реплікації вірусу до рівня, який не визначається лабораторними методами дослідження ВІЛ на максимально тривалий час;
- підвищення кількості лімфоцитів CD4-лімфоцитів щонайменше на 50 клітин/мкл на рік до рівня, вище 350 клітин/мкл;
- запобігання появі резистентних до ВААРТ штамів ВІЛ або затримання прогресування резистентності ВІЛ.

Окрім того, ВААРТ має профілактичне значення, оскільки у випадку досягнення невизначального рівня кількості ВІЛ у крові пацієнта, суттєво знижується ризик передачі ВІЛ від нього статевим та вертикальним шляхом (від матері до дитини). Рішення про початок ВААРТ приймається індивідуально стосовно кожного пацієнта, залежно від клінічних та лабораторних показань. Основними показаннями до призначення ВААРТ є наявність в анамнезі будь-якого СНІД-індикаторного захворювання та/або зменшення кількості CD4-лімфоцитів менше 350 клітин/мкл. В деяких випадках ВААРТ слід починати незалежно від кількості CD4-лімфоцитів:

- усім ВІЛ-інфікованим вагітним жінкам для лікування ВІЛ-інфекції у жінки та для зниження ризику перинатальної передачі ВІЛ дитині;
- пацієнтам із ВІЛ-асоційованою нефропатією для збереження функції нирок, пошкодження яких безпосередньо пов'язане з прогресуванням ВІЛ;
- пацієнтам з коінфекцією ВГВ/ВІЛ за наявності показань до лікування ВГВ-інфекції (в таких випадках призначається схема ВААРТ, яка одночасно є ефективною проти ВГВ-інфекції);
- усім пацієнтам з активним туберкульозом (відповідно до рекомендацій ВООЗ) після досягнення задовільної переносимості протитуберкульозної терапії;

Групи препаратів, які використовуються для ВААРТ та схеми ВААРТ, рекомендовані в Україні, ґрунтуються на рекомендаціях ВООЗ, та детально викладені в Клінічному протоколі ВААРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженому наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. № 551. Лікарям, які супроводжують ВІЛ-інфікованих пацієнтів в програмах ПТАО, необхідно знати, що деякі антиретровірусні препарати (невірапін, іфавіренс та ритонавір) стимулюють ферменти цитохрому Р450, за допомогою яких відбувається метаболізм метадону в печінці, і таким чином знижують рівень метадону в організмі, що потребує збільшення дози метадону. І навпаки, у випадку використання метадону та препаратів, що пригнічують цитохромні ферменти, його рівень може підвищуватися, що потребуватиме зниження дози. Одночасно з цим, метадон може впливати на метаболізм препаратів ВААРТ. Взаємодія препаратів ВААРТ з бупренорфіном вивчена гірше, ніж

з метадонем. На сьогодні дані про взаємодію бупренорфіна з препаратами ВААРТ обмежені, однак є дані, що у випадку одночасного призначення іфавіренцу та бупренорфіну рівень останнього знижується, проте симптоми

абстиненції не спостерігаються. Перед призначенням терапії та протягом всього періоду лікування обов'язковим є визначення рівня та контроль прихильності пацієнта до лікування.

**ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ НАРКОЗАВИСИМЫЕ ПАЦИЕНТЫ, КАК ГРУППА С ОСОБЕННЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ  
В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИД В УКРАИНЕ**

**Г. А. Приб, С. В. Дворяк**

В статье рассматриваются вопросы оказания помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым пациентам, как группе с особыми потребностями в условиях эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине.

**Ключевые слова:** наркозависимые, поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО), ВИЧ-инфекция, ВИЧ/СПИД.

**PATIENTS WITH DRUG DEPENDENCE AND HIV-INFECTION AS A GROUP WITH SPECIAL NEEDS  
IN THE SITUATION OF HIV/AIDS EPIDEMICS IN UKRAINE**

**GLEB PRIB, SERGI DVORIAK**

Abstract. The article deals with issues of care provision for patients with drug dependence and HIV-infection as a group with special needs in the situation of HIV/AIDS epidemics in Ukraine.

**Key words:** drug dependence; opioid substitution treatment (OST), HIV-infection.