

Ю. І. Фещенко, А. М. Вієвський, Л. В. Турченко, В. М. Мельник, М. П. Жданова,
С. О. Черенько, К. А. Матвеева, С. В. Сидяк
**ПРОБЛЕМИ ІНТЕГРАЦІЇ ПРОГРАМ ДЛЯ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ВІЛ/СНІД-ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА НАРКОТИЧНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ**

*ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України"
Український медичний моніторинговий центр алкоголізму і наркоманії МОЗ України*

Однією з не вирішених проблем в Україні є надання медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність. Як правило, жодна медична служба окремо (фтизіатрична, інфекційна чи наркологічна) не може забезпечити кваліфіковане надання комплексної медичної допомоги цим хворим, тому їх часто-густо перенаправляють «по колу» від одного спеціаліста до іншого, не узгоджуючи спільних лікувально-діагностичних дій. До того ж, згідно з чинним законодавством України одна служба не може передати свої препарати іншій службі, тому такі хворі часто лікуються не раціонально і неефективно. Для вирішення зазначених проблем потрібні структурні, системні реформи, реорганізація та реструктуризація усіх трьох служб, як і охорони здоров'я загалом, на змінених законодавчих засадах. Ось чому ми вирішили викласти своє бачення щодо вирішення цієї проблеми в Україні.

Туберкульоз. Основні епідемічні показники з туберкульозу почали погіршуватися в Україні з початку 90-х років ХХ століття, а у 1995 р. ситуація вийшла з-під контролю і зареєстрована епідемія цієї недуги, яка з 2006 р. вступила в етап стабілізації епідемічної ситуації [1].

Протягом останнього десятиліття захворюваність на туберкульоз продовжувала зростати: з 54,4 на 100 тис. населення у 1999 р. до 84,1 на 100 тис. населення у 2005 р., тобто на 54,6 %, а потім, після впровадження Адаптованої ДОТС-стратегії в Україні, забезпечення усіх нових хворих антимікобактеріальними препаратами, захворюваність на туберкульоз зменшилася на 13,56 % і становила 72,7 на 100 тис. населення у 2009 році (Рис. 1), тобто вперше захворіло на туберкульоз 33424 особи [2].

Близько 86,0 % хворих на туберкульоз у 2009 році складали особи працездатного і репродуктивного віку. Із усіх нових хворих у 2009 році непрацюючі працездатного віку становили 53,1 %; пенсіонери — 13,3 %; робітники — 12,1 %; студенти та учні — 1,9 %; медичні працівники — 1,7 %; особи без постійного місця проживання — 1,5 %; робітники аграрного сектору — 1,3 %; приватні підприємці — 0,9 %; ті, що повернулися з місць позбавлення волі — 0,5 %; інші (мігранти, хворі на наркоманію та алкоголізм тощо) — 8,2 % [2].

Серед вперше захворілих спостерігається високий рівень первинної хіміорезистентності мікобактерій туберкульозу [3–5]. За оцінками ВООЗ, в Україні 16,0 % хворих з новими випадками туберкульозу мають мультирезистентну форму захворювання [6]. На території України від 15,0 % до 30,0 % нових хворих на туберкульоз інфікуються збудником, стійким до антимікобактеріальних препаратів [7, 8]. Вибіркове визначення первинної мультирезистентності за рекомендаціями ВООЗ і IUATLD встановило її у 4,0 % — 48,0 % нових випадків туберкульозу. У хворих з повторним лікуванням частота мультирезистентності перевищує 50,0 % [7]. Україна відноситься до 27 країн світу, в яких зосереджено 85,0 % всього тягаря мультирезистентного туберкульозу та посідає четверте місце в світі за поширеністю мультирезистентного туберкульозу серед хворих з новими випадками захворювання [9, 10].

Показник поширеності всіх форм активного туберкульозу з 1990 р. до 2003 р. зріс на 24,75 % (з 237,2 на 100 тис. населення до 295,9 на 100 тис. населення), а потім різко (на 23,99 %) знизився у 2004 році (224,9 на 100 тис. населення), а до 2009 р. він знизився до 182,7 на 100 тис. населення (83990 осіб), або на 18,76 %, що зумовлено зміною та скороченням термінів диспансерного нагляду за хворими [2].

Смертність від усіх клінічних форм туберкульозу за 1999–2005 рр. в Україні зросла на 27,14 % (з 19,9 до 25,3 на 100 тис. населення), потім поступово зменшувалася до 18,2 на 100 тис. населення у 2009 році, себто на 28,06 % (Рис. 2).

Серед усіх померлих в 2009 році у 8,8 % туберкульоз був встановлений посмертно; 15,6 % знаходилися на диспансерному обліку менше 1 року; 32,6 % померли вдома. Це свідчить про несвоєчасне виявлення занедбаних, розповсюджених форм туберкульозу, низьку якість лікування та недостатні протиепідемічні заходи.

В структурі померлих від туберкульозу переважали соціально-дезадаптовані групи населення (особи без постійного місця проживання; споживачі наркотиків та алкоголю; мігранти; ті, що повернулися з місць позбавлення волі та ін.).

ВІЛ-інфекція/СНІД. З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році й до 2009 року включно, в Україні офіційно зареєстровано 161119 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 31241 випадків захворювання на СНІД та 17791 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. У 2009 році в країні зареєстровано 19840 нових випадків ВІЛ-інфекції (43,2 на 100 тис. населення). І хоча з 1999 р. число вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції щорічно зростає, у 2006–2009 рр. відмічається зниження темпу приросту зазначеного показника: на 16,8 %, 10,5 %, 7,6 %, 5,7 % відповідно [11].

З усіх офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України на 01.01.2010 р. під диспансерним наглядом перебували 101182 особи (220,9 на 100 тис. населення), з них 11827 — з діагнозом СНІДу (25,8 на 100 тис. населення) [11].

Оновлені прогнозні оцінки стосовно ВІЛ/СНІДу засвідчують, що на початок 2010 р. в Україні мешкало 360000 ВІЛ-інфікованих у віці від 15 років і старше. Ці дані відрізняються від даних офіційної статистики кількості осіб, які живуть з ВІЛ/СНІДом і перебувають під диспансерним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я (101182 ВІЛ-інфікованих на початку 2010 р.). Відмінність між цими показниками свідчить, що лише 28,0 %, або кожний четвертий з людей, які живуть з ВІЛ в Україні, пройшов тест на ВІЛ і знає свій ВІЛ-позитивний статус [11, 12].

Протягом усього періоду епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією в Україні спостерігалось збільшення числа осіб, які померли від захворювань, зумовлених СНІДом. В 2009 році вперше, порівняно з попереднім роком, зменшилася кількість випадків смерті від СНІДу з 2710 до 2591 чол., або з 5,8 до 5,6 на 100 тис. населення, тобто на 2,6 %, що зумовлено позитивним впливом впровадження антиретровірусної терапії (АРТ) в Україні. Проте доступ до антиретровірусної терапії в Україні поки-що не задовольняє потреб ВІЛ-інфікованих.

Значна частина населення відноситься до групи ризику щодо ВІЛ-інфекції. За прогнозними оцінками, в Україні на сьо-

Україна – 72,7 на 100 тис. населення



Рис. 1. Захворюваність населення України на активний туберкульоз за 2009 рік

годинний день проживає від 800 до 1200 тис. осіб нетрадиційної сексуальної орієнтації, права яких всіляко утискаються. Останні опитування щодо толерантності до людей нетрадиційної орієнтації показують, що за останні роки число індиферентних людей до цієї проблематики скоротилося, а число толерантних зросло. За 2005–2009 рр. в країні офіційно, щорічно, реєструється всезростаюча абсолютна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи: відповідно 20, 35, 48, 65, 94, у тому числі й СНІДу. Можна припустити, що існує суттєве недо врахування випадків ВІЛ-інфікування, пов'язаних з сексуальними стосунками серед чоловіків.

Наркотична залежність, зокрема серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), є складною проблемою серед груп ризику щодо ВІЛ/СНІДу. Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 р. до 2007 р. включно був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 р. вперше відбулася зміна питомої ваги шляхів передачі ВІЛ-інфекції, та статевий шлях передачі став домінувати над парентеральним. У 2009 р. частка осіб, які були інфіковані статевим шляхом, зросла до 44,0 % [13].

Важливо наголосити, що з 1999 р. до 2006 р. відбувалося суттєве збільшення абсолютної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків серед нових випадків ВІЛ-інфекції при щорічному зменшенні частки СІН серед загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції (Рис. 3). За останні чотири роки (2006–2009 рр.), реєструється майже однакова абсолютна кількість зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед СІН, при тому, що тенденція до зменшення частки СІН серед нових випадків ВІЛ-інфікування зберігається.

Виходячи з викладених ризиків, важливими є дії щодо зменшення шкоди серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН).

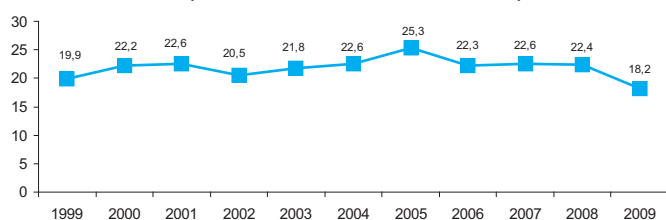


Рис. 2. Смертність від усіх форм туберкульозу в Україні

Методологія збору даних зі зменшення шкоди запланована до опрацювання у 2010 р., як складова частина зі створення національної моніторингової системи з наркотиків та алкоголю.

За повідомленнями Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, станом на 31.12.2007 р. в 27 регіонах країни діють 217 підрозділів — служб, які здійснюють роботу з ін'єкційними споживачами наркотиків. Вони охопили своїми послугами 40703 ін'єкційних споживачів наркотиків та 13889 осіб з найближчого оточення СІН. При цих службах працювало 153 групи взаємодопомоги для споживачів ін'єкційних наркотиків (НА) для 1490 клієнтів і 90 груп — для осіб з найближчого оточення (Ал-Анон).

За цими ж повідомленнями Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту з метою зменшення шкоди від ВІЛ та інших вірусних інфекцій протягом 2007 р. СІН було видано 625973 шприців і прийнято на утилізацію 639200 шприців.

Туберкульоз та ВІЛ/СНІД. Проблема туберкульозу та ВІЛ/СНІДу вельми актуальна у світі [14], а для мешканців України вона набула загрозливого характеру [2, 9, 11, 12]. В Україні зареєстровано 101182 ВІЛ-інфікованих. У 2009 р. показник захворюваності на ВІЛ/СНІД збільшився в 3,5 рази порівняно з 2000 р. і склав 43,6 на 100 тис. населення [11].

На тлі збільшення чисельності ВІЛ-інфікованих у країні щороку зростає кількість хворих із поєднаним захворюванням туберкульозу і ВІЛ-інфекції. Кількість захворілих на цю ко-інфекцію зросла із 103 хворих у 2000 р. до 3380 хворих у 2009 р., або майже в 33,0 рази [2, 11]. Збільшується смертність від ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз. Так, кількість померлих із зазначеними поєднаними захворюваннями збільшилася з 945 хворих у 2004 р. до 2529 хворих у 2009 р., або в 2,7 рази [1]. У 2009 р. в структурі смертності від туберкульозу до одного року спостереження питома вага померлих від ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз становила 74,3 % [2, 11].

Вилікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих досягається лише в 20,0 %–30,0 % пацієнтів і у значній кількості (до 20,0 %) розвивається рецидив захворювання на туберкульоз, решта хворих помирає протягом 1–3 років від прогресування туберкульозу або від приєднання опортуністичних інфекцій [12, 14, 15].

Ко-інфекція ВІЛ/туберкульоз у споживачів наркотиків. В Україні, як і в багатьох країнах світу, епідемії ВІЛ-інфекції та



Рис. 3. Офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків СН у 1994 – 2009 роках

туберкульозу і споживання наркотиків тісно взаємопов'язані. Споживання наркотиків супроводжується високим ризиком зараження ВІЛ, а ВІЛ-інфекція в свою чергу значно збільшує захворюваність на туберкульоз та смертність від нього. Зараження при ін'єкціях наркотиків — основний шлях розповсюдження ВІЛ-інфекції в більшості країн Східної Європи, в Китаї [16], Російській Федерації [17], Східній [18] та Південно-Східній Азії [19, 20].

Туберкульоз — головна причина смерті ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків [21, 22]. Як загальна смертність, так і смертність від туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих СН в декілька разів вища, ніж серед ВІЛ-інфікованих в цілому [23–28]. Ці факти пояснюються головним чином тим, що у ВІЛ-інфікованих СН менше шансів отримати доступ до високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) [29, 30], а отримавши ВААРТ, менше шансів на успіх у лікуванні [20, 31–35].

Інтегровані програмні заходи щодо ВІЛ/СНІД-туберкульозу та наркотичної залежності. Не зважаючи на великі масштаби і складність проблеми надання медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність, розробці комплексних програм щодо лікування зазначених пацієнтів приділяється мало уваги. На сьогодні медична

допомога цій групі хворих фрагментована, фінансування та організація роботи різних служб (фтизіатрична, інфекційна, наркологічна) не інтегрована. Вони діють поодинокі як на міжнародному і національному рівнях, так і на місцях. Такий підхід не відповідає потребам щодо комплексної допомоги, необхідної для ефективного лікування ВІЛ-інфікованих і/або хворих на туберкульоз, які є споживачами наркотиків. Для адміністративних територій країни, особливо південно-східних регіонів, де гостро стоять проблеми ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вживання наркотиків, актуальним є підхід, направлений на інтеграцію різних видів допомоги хворим на цю поєднану патологію, з яких найпріоритетнішими, на наш погляд, повинні бути:

- діагностика і лікування туберкульозу;
- добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію;
- комплексне лікування ВІЛ-інфекції та СНІДу, включаючи ВААРТ;
- профілактика, виявлення і лікування наркотичної залежності, в тому числі і медикаментозної.

Інтегровані програми повинні відповідати таким основним вимогам:

- сприятливе розташування служб для пацієнтів та їх територіальне об'єднання;
- проведення скринінгу ВІЛ-інфекції, туберкульозу і наркотичної залежності;
- підготовка виїзних (мобільних) медичних працівників, координаторів допомоги, лікарів та медичних сестер з питань догляду і лікування пацієнтів на ВІЛ-інфекцію, туберкульоз та наркотичну залежність і супутніх захворювань;
- ретельний моніторинг взаємодії ліків і побічних ефектів у процесі хіміопрофілактики та лікування.

Тільки за таких умов можливо досягти комплексного підходу до лікування цього складного контингенту хворих.

Таблиця 1

Кроки на шляху інтеграції служб щодо лікування хворих на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію, наркоманію та алкоголізм

Окремі служби	Територіальне об'єднання служб	Повна інтеграція служб
Повне розділення служб.	Служби знаходяться поруч, але працюють незалежно одна від одної.	Служби об'єднані і територіально, і функціонально
Окремі служби використовують лише направлення поміж собою, хворі при цьому відвідують служби за певними маршрутами.	Скринінг супутніх захворювань: • обстеження всіх пацієнтів на ВІЛ та туберкульоз в наркологічних центрах; • обстеження всіх пацієнтів на ВІЛ, наркологічну та алкогольну залежність у протитуберкульозних закладах; • обстеження всіх пацієнтів на туберкульоз, наркологічну та алкогольну залежність в центрах СНІДу.	Скринінг супутніх захворювань: • обстеження всіх пацієнтів на ВІЛ та туберкульоз в наркологічних центрах; • обстеження всіх пацієнтів на ВІЛ, наркологічну та алкогольну залежність в протитуберкульозних закладах; • обстеження всіх пацієнтів на туберкульоз, наркологічну та алкогольну залежність в центрах СНІДу.
	Спеціалізовані служби працюють окремо, незважаючи на те, що можуть знаходитися поруч і/або мати загальну адміністративно-господарську систему.	Спеціалісти навчені з питань профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу, наркологічної та алкогольної залежності та мають відповідні сертифікати та допуски.
	Спеціалісти навчені із суміжних спеціальностей, але надають допомогу тільки за своїм фахом, а з інших питань направляють пацієнтів в сусідні служби.	Різні спеціалісти працюють як єдина команда, проводять загальні конференції, клінічні розбори складних лікувально-діагностичних випадків та випадків смерті, консилиуми окремих випадків. При цьому ведуть загальну документацію (карта, протокол), або виділяють координатора лікування пацієнта, який узгоджує: • лікування ВІЛ-інфекції, в тому числі й антиретровірусної терапії; • профілактику і лікування хворих на туберкульоз; • замісну терапію опіоїдами; • прийняття антиретровірусних, антимікобактеріальних препаратів та опіоїдів для замісної терапії під контролем одного медичного працівника.

Визначення інтегрованої допомоги. Інтегрована допомога при туберкульозі, ВІЛ-інфекції та наркотичній залежності повинна бути налаштована на різносторонній та безперервній спеціалізованій медичній допомозі з урахуванням потреб пацієнтів і повинна ґрунтуватися на цілісному підході до пацієнта [36]. Таке визначення цілком підходить до організації допомоги при різних системних захворюваннях і має, зокрема, особливе значення для пацієнтів одночасно хворих на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію, наркоманію, в т.ч. на алкоголізм, де неузгоджене й неефективне лікування за відсутності інтегрованої допомоги досить вірогідне.

Залежно від обсягу організації надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію та наркотичну залежність можна виділити три види послуг: 1) роздільні послуги; 2) частково інтегровані; 3) повністю інтегровані.

При роздільній організації служби, що причетні до надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність, повинні намагатися налагодити та укріплювати взаємні контакти. Бажано, щоб ці служби знаходилися територіально поруч, але вони працюють незалежно одна від одної для реалізації спільної мети.

При частковій інтеграції повинна бути співпраця між службами, причетними до надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність, в межах тих чи інших програм у вигляді діагностичних заходів та видачі направлень в інші служби.

При повній інтеграції забезпечується повний набір послуг щодо діагностики і лікування кожного наявного у пацієнта захворювання. Повністю інтегрована допомога — це ідеальний варіант, який не завжди зразу досяжний з причин недостатнього фінансування, організаційних або політичних перешкод. Повну інтеграцію служб, причетних до надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність, потрібно вважати ціллю, до якої необхідно намагатися в майбутньому.

За дослідженнями D. Coetzee із співавт. [37] та C. S. Currie із співавт. [38] така інтеграція показала свою функціональну й економічну ефективність. Запропоновані кроки на шляху до інтеграції служб щодо лікування хворих на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію, наркоманію та алкоголізм наведені у таблиці 1.

Складові інтегрованих програм для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та

наркотичну залежність повинні включати такі дії: скринінг та діагностика супутніх захворювань (для відповідних служб — це туберкульоз, ВІЛ/СНІД, наркотична залежність); територіальне суміщення служб; навчання лікарів загальної практики та спеціалістів за суміжними питаннями ведення хворих; надання ефективного лікування туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, наркотичної залежності за стандартними протоколами; спостереження за побічною дією ліків і посилення моніторингу побічної дії ліків.

Скринінг та діагностика супутніх захворювань. Першим кроком до інтеграції повинно бути створення умов для виявлення і діагностики ВІЛ-інфекції, туберкульозу і наркотичної залежності (табл. 2). Найбільший досвід в цій області накопичений при проведенні добровільного консультування та тестування (ДКТ) на ВІЛ в протитуберкульозних закладах, ДКТ в програмах лікування наркотичної залежності [39], а також скринінг наркотичної залежності та туберкульозу в центрах лікування ВІЛ-інфекції [40, 41].

ДКТ в центрах наркологічної допомоги може проводитися як з ініціативи лікаря, так і пацієнта [42 — 44]. Накопичується досвід у тому, що суцільне тестування на ВІЛ всіх пацієнтів більш ефективне і економічно вигідніше, ніж вибіркове тестування [45, 46]. Ми теж притримуємося такої думки і вважаємо, що держава повинна забезпечити вільний доступ населення до тестування, діагностики і лікування хворих на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та наркоманію. Ми переконані, що необхідно внести зміни до Закону України від 12 грудня 1991 року № 1972-XII “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” і запровадити обов’язкове тестування на ВІЛ-інфекцію хворих, які поступають у будь-які стаціонари країни, з метою оптимізації діагностики та лікування їхнього захворювання та унеможливлення внутрішньогоспітальної передачі ВІЛ-інфекції, а також профілактики зараження медичних працівників. За нашими підрахунками, затрати на суцільне тестування на ВІЛ всіх госпіталізованих в 4,8 раз менші, ніж затрати, пов’язані зі складністю діагностики й лікування будь-якого захворювання у невідомого ВІЛ-інфікованого, профілактичними заходами при аваріях і травмах медичних працівників з ВІЛ-інфікованим матеріалом, судовими тяжбами і виплатою компенсації при професійному захворюванні. До того ж, захищаючи право ВІЛ-інфікованого на нерозголошення свого статусу, законодавство абсолютно ігнорує права здорового населення, яке оточує і надає медич-

Таблиця 2

Основні характеристики інтегрованих програм для хворих на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність

Характеристика	Обґрунтування	Проблеми і ризики
Територіальне суміщення служб.	Зручності для пацієнта. Спрощення матеріально-технічного забезпечення.	Щодо координації роботи різних спеціалістів — можливі збої в роботі.
Спостереження за побічною дією ліків.	У хворих, які одночасно отримують ліки для декількох захворювань, частіше розвиваються побічні реакції. Побічна дія ліків погіршує дотримання стандартних режимів і знижує ефективність лікування	Дефіцит ресурсів. Недостатня матеріально-технічна база. Недостатня професійна підготовка персоналу.
Навчання персоналу за суміжними спеціальностями.	Ефективна участь спеціалістів в комплексному наданні спеціалізованої медичної допомоги. Спеціалісти можуть кваліфіковано консультувати один одного, що сприяє згуртованості колективу	Небажання деяких лікарів опановувати нові галузі медицини. Визначення меж, загроза конфліктів, граничність ролей. Небажання працювати з хворими, які мають інші стигматизовані захворювання, наприклад, фобія лікарів заразитися туберкульозом.
Персонал загального профілю.	Вірогідна економія коштів. Узгодженість допомоги. Покращання відносин між лікарем і хворим.	Труднощі в опануванні різних областей знань. Навчання і укомплектування штатами. Розмежування повноважень, обов’язків та дотримання зв’язків зі спеціалістами щодо надання спеціалізованої допомоги хворому.

ну та іншу допомогу невідомому ВІЛ-інфікованому.

При недостатці діагностичних служб або обмеженні коштів для виявлення ВІЛ-інфікованих в програмах доцільно передбачати першочергове виявлення їх в групах ризику. Для зменшення затрат і скорочення відмов від тестування S. S. Lee із співавт. [47] пропонують діагностику ВІЛ-інфекції, досліджуючи сечу або слину. Головні труднощі щодо виявлення туберкульозу у СІН полягають у тому, що вони часто не з'являються за результатами обстеження. Для вирішення цієї проблеми було запропоновано фінансове стимулювання пацієнтів [48]. Іншим способом стимулювання і дисциплінування пацієнтів може бути використання явки пацієнтів в рамках програм щоденної контрольованої терапії. Наприклад, при проведенні проби Манту в центрах замісної терапії метадонам шанси на явку пацієнтів для читання проби Манту були вищі, оскільки вони були зацікавлені в отриманні метадону. Окрім того, виявлення і профілактика туберкульозу в службах замісної терапії є дуже економічно вигідною [49].

Отже, надаючи спеціалізовану медичну допомогу хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність, слід використати всі реальні можливості мотивації пацієнтів на амбулаторному етапі, зокрема соціальну підтримку у вигляді пайків, квитки на проїзд, наркозалежним — препарати для замісної терапії тощо. Основні характеристики інтегрованих програм щодо зазначених пацієнтів наведені у таблиці 2.

Виходячи із таблиці 2, випливає, що перед плануванням інтеграції трьох служб для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність, необхідно провести навчання працівників усіх служб і проводити постійну роз'яснювальну роботу з ними, складаючи всі за і проти.

Територіальне суміщення служб. Якщо служби розташовані поруч, то пацієнти частіше до них звертаються. А це вкрай важливо для надання допомоги пацієнтам із групи ризику і особливо СІН, які потребують комплексних лікувально-профілактичних заходів, а також психологічної та соціальної допомоги. Суміщення служб має бути не тільки територіальним, але бажано, і організаційним та функціональним. В такому разі забезпечується узгоджене лікування різних наявних у пацієнта захворювань єдиним колективом медичних працівників.

Надання послуг СІН суттєво ускладнює суміщення служб. З одного боку, СІН рідше звертаються в державні та інші медичні заклади, і якщо інтеграція допомоги планується на базі існуючих служб лікування ВІЛ-інфекції і туберкульозу, то важливо зробити їх більш доступними для СІН. З іншого боку, ВІЛ-інфіковані та хворі на туберкульоз, які не вживають наркотиків, можуть ставитися до СІН з неприязню, тому суміщення наркологічних служб з ненаркологічними може бути небажаним для інших хворих і медичних працівників. У деяких випадках єдиним виходом з такої ситуації є створення об'єднаної служби для хворих на туберкульоз і ВІЛ-інфекцію, призначеної спеціально для СІН. Наприклад, їх можна розмістити на базі діючих центрів наркологічної реабілітації або пунктів обміну шприців [50, 51].

Надання ефективного лікування туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, наркотичної залежності за стандартними протоколами. Антимікобактеріальна терапія хворих на туберкульоз сьогодні добре розроблена, стандартизована згідно розроблених протоколів, адаптованих до міжнародних стандартів. Хворого повинен оглянути фтизіатр, вияснити наявність чи відсутність резистентності мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів і призначити йому лікувальну категорію та режим контрольованого лікування у стаціонарі, в санаторії, амбулаторно чи на дому.

Аналогічна ситуація і з ВІЛ/СНІДом, де добре розроблені стандарти лікування. Хворого на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ повинні оглянути фтизіатр та спеціаліст з ВІЛ/СНІДу і вирішити

чи антимікобактеріальну та антиретровірусну терапію призначати одночасно, наприклад, у фазі продовження протитуберкульозного лікування чи при малих формах туберкульозу в інтенсивній фазі, чи спочатку провести антимікобактеріальну, а потім антиретровірусну терапію. Це залежить від багатьох факторів, в т.ч. від рівня CD4 тощо.

Медикаментозне лікування залежності від психоактивних речовин — важлива частина комплексної допомоги, якій надається все більше уваги. На сьогодні уже накопичено досвід лікування опіоїдами, особливо метадонам та бупренорфіном. Застосовується медикаментозна терапія алкогольної залежності, розроблюється лікування залежності від психостимуляторів, зокрема кокаїну та метамфетаміну. Успішно використовувалося лікування опіоїдної залежності та ВІЛ-інфекції в США і Франції [52 — 57]. R. D. Bruce із співавт. [58] повідомили про успішний досвід об'єднаної АРТ та замісної терапії бупренорфіном, де останній служив мотиваційним і дисциплінуючим фактором до контрольованої антиретровірусної терапії.

Адже сьогодні ВООЗ рекомендує мотивувати хворих до амбулаторного лікування туберкульозу, надаючи їм соціальні та гігієнічні пакети, проїзні квитки. Як ми вже згадували тут, доброю мотивацією до контрольованого лікування туберкульозу чи ВІЛ/СНІДу у споживачів наркотиків є надання замісної терапії метадонам чи бупренорфіном.

Додаткові труднощі зумовлені також негативним відношенням медичних працівників до надання допомоги споживачам наркотиків. Лікування осіб, які зловживають психоактивними речовинами, може привести до розчарування, і деякі медичні працівники можуть не бажати брати участь в ньому. Багато медичних працівників, які успішно займаються лікуванням ко-інфекції ВІЛ і туберкульозу, відчувають психологічний дискомфорт від роботи зі споживачами наркотиків або не бажують спілкуватися з ними з «моральних міркувань».

Споживачі наркотиків належать до найбільш маргінальних прошарків суспільства і нерідко переслідуються органами правопорядку. Ця проблема дуже виражена в Середній Азії і слугує однією з причин частого використання загальних шприців, які досягають в деяких районах 70,0 % [17, 59]. Зважаючи на те, що стосовно споживачів наркотиків в цілому і замісної терапії зокрема нерідко проводиться ворожа політика [60], будь-які дослідницькі і медико-організаційні зусилля повинні поєднуватися з міжнародною активністю. Досвід міжнародного руху за розширення доступу до первинної медичної допомоги та антиретровірусної терапії необхідно пристосовувати для створення політичної волі в країні, направленої на правові та політичні перетворення.

Посилення моніторингу побічної дії ліків. Важлива перевага інтегрованої спеціалізованої медичної допомоги для окремих пацієнтів є попередження побічної дії та взаємодії лікарських препаратів та наркотиків. Найбільше значення мають побічні ефекти, пов'язані з ураженням печінки. В дослідженнях 372 ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз, в тому числі 44,0 % СІН, які заразилися ВІЛ під час ін'єкцій наркотиків, на фоні антимікобактеріальної терапії ураження печінки діагностовано у 25,0 %; пацієнтів, а у 31,0 % вдвічі підвищилася активність печінкових амінотрансфераз [61]. Цим питанням також присвячені роботи M. Narita із співавт. [62] та P. Price із співавт. [63].

Окрім взаємодії ліків у хворих на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та наркотичну залежність труднощі зумовлені також синдромом відновлення імунітету (запальний синдром відновлення імунітету на латентний перебіг вірусної інфекції), який розвивався за даними R. D. Bruce, F. L. Altise [61] у 30,0 % хворих, які одночасно отримували ВААРТ. Для успішного лікування цього синдрому потрібна висока клінічна підготовка лікарів для того, щоб вміти відрізнити його від неефективності лікування та інших проявів СНІДу.

Лабораторний моніторинг, особливо за проявами гепатиту, необхідний для корекції доз препаратів у випадку взаємодії ліків та контролю за дотриманням режиму лікування. Він також важливий для лікування супутніх захворювань і попередження небажаних побічних реакцій.

Інтеграція служб для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність допоможе уникнути дублювання аналізів і краще підібрати дози препаратів, що, в свою чергу, знизить витрати на обстеження та лікування. Клінічний персонал повинен пройти навчання з питань взаємодії препаратів та наркотиків і визначення тактики у випадках побічних ефектів. Можливо використовувати автоматизовані системи контролю за прийняттям препаратів, експрес-методи лабораторної діагностики та стандартні засоби клінічного скринінгу, наприклад, «Клінічну шкалу опіоїдного абстинентного синдрому».

Навчання лікарів загальної практики та спеціалістів за суміжними питаннями ведення хворих. Результати лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу та наркотичної залежності кращі, якщо спеціалісти, які його проводили, пройшли підготовку за суміжними дисциплінами і співпрацюють один з одним [64]. Для цього потрібні координатори допомоги, які будуть узгоджувати лікування і проводити патронажну роботу. Якщо один із лікарів не буде відповідати за узгодження допомоги хворому, вірогідна ситуація, коли деякі питання залишаться поза увагою, тому що кожний фахівець буде вважати, що ці питання ведення відносяться до його колег, а не до нього самого. Наприклад, підвищення ферментативної активності амінотрансфераз печінки може бути пов'язане як із лікуванням ВІЛ-інфекції, так і туберкульозу, або із взаємодією з наркотиками, або із загостренням гепатиту. Без координації допомоги інфекціоніст з ВІЛ-інфекції буде чекати доки фтизіатр поміняє антимікобактеріальні препарати, і навпаки, але при цьому раціональної дії так і не будуть вжиті.

Навчання лікарів загальної практики та спеціалістів із суміжних питань ведення хворих може мати значні труднощі. Лікарі й так перевантажені основною роботою не захочуть витрачати час на спеціалізацію в інших галузях знань, або брати на себе додаткове навантаження та відповідальність. Традиції та підходи до лікування хворих у різних спеціальностях можуть суттєво відрізнятися. Наприклад, у фтизіатрів використовується усталена стандартна система діагностики і лікування з використанням короткострокових курсів антимікобактеріальної терапії під безпосереднім контролем медичного працівника і допоміжних заходів. Лікування ВІЛ-інфекції більше враховує індивідуальні особливості пацієнта. І все таки, без навчання лікарів із суміжних спеціальностей раціональна інтеграція неможлива.

Критерії оцінки інтеграції програм для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність. Розробляючи дійові методи оцінки ефективності інтегрованих програм щодо туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та споживачів наркотиків, варто оцінювати як загальні результати якості та якості наданих послуг, так і конкретні епідемічні та клінічні показники: захворюваність, смертність, ефективність діагностики та лікування, частота побічних ефектів серед різних груп пацієнтів. Для інтегрованих програм важливо у міру розширення їх роботи збирати поточні дані за встановленими показниками, що буде корисно як для оцінки своєї роботи, так і для звітності та розповсюдження досвіду. Тільки враховуючи та аналізуючи результати роботи, можна бути передавати свій досвід і ділитися успіхами.

Основні критерії оцінки результатів інтегрованих програм можна згрупувати таким чином.

1. Критерії щодо скринінгу та діагностики за інтегрованими програмами, які включають:

- Кількість хворих на туберкульоз: яким запропоновано консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (абс. і у % від усіх

хворих); які пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію (абс. і у % від усіх хворих); у яких отримано позитивний результат на тест (абс. і у % від протестованих).

- Кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів, у яких проведено обстеження на туберкульоз (абс. і у % від усіх ВІЛ-інфікованих).

- Кількість пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/туберкульоз, у яких проведені дослідження на наркотичну залежність (абс. і у % від усіх пацієнтів з ко-інфекцією).

- Кількість пацієнтів, які отримували лікування наркотичної залежності з тих, що проходили обстеження на туберкульоз (абс. і у % від наркозалежних).

- Кількість пацієнтів, які отримували лікування наркотичної залежності з тих, що проходили консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію і у яких був позитивний тест (абс. і у % від наркозалежних).

- Кількість ВІЛ-інфікованих споживачів наркотиків, які пройшли консультування з питань наркотичної залежності (абс. і у % від усіх споживачів наркотиків).

2. Критерії щодо лікування за інтегрованими програмами, які включають:

- Кількість пацієнтів на ко-інфекцію ВІЛ/туберкульоз, які отримували антимікобактеріальну терапію (абс. і у % від усіх пацієнтів на ко-інфекцію) та її ефективність за когортним аналізом.

- Кількість пацієнтів на ко-інфекцію ВІЛ/туберкульоз, які отримували ВААПТ (абс. і у % від усіх пацієнтів на ко-інфекцію) та її ефективність.

- Кількість ВІЛ-інфікованих споживачів наркотиків, які отримували замісну терапію (абс. і у % від усіх ВІЛ-інфікованих споживачів наркотиків) та її результати (наприклад, чи не докуповували наркотики на чорному ринку тощо).

- Кількість споживачів наркотиків, хворих на туберкульоз, які отримували антимікобактеріальну терапію (абс. і у % від усіх споживачів наркотиків, хворих на туберкульоз), та її результати за когортним аналізом.

3. Критерії щодо персоналу інтегрованих програм, які включають:

- Кількість лікарів (абс. і у % від усіх лікарів трьох служб), які проводять діагностику супутніх захворювань — туберкульоз, ВІЛ/СНІД, наркотична залежність.

- Кількість лікарів (абс. і у % від усіх лікарів трьох служб), які пройшли підвищення кваліфікації із суміжних спеціальностей (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, наркотична залежність) і отримали допуск до роботи, що підтверджено відповідними сертифікатами.

- Задоволеність медичних працівників рівнем своєї підготовки щодо лікування супутніх захворювань для кожного фаху — туберкульоз, ВІЛ/СНІД, наркотична залежність (абс. і у % від медичних працівників, що пройшли підготовку).

- Чи наступили організаційні та комунікативні зміни в колективах відділень згідно із стабільно сформованою мотивацією до інтеграційних процесів (абс. і у % до загальної кількості працівників в колективах відділень).

4. Критерії щодо лабораторної діагностики та моніторингу лікування за інтегрованими програмами, які включають:

- Доля бактеріологічно підтвердженого туберкульозу серед пацієнтів на туберкульоз, ВІЛ/СНІД і наркотичну залежність (абс. і у % до загальної кількості таких пацієнтів).

- Доля лабораторно підтвердженого ВІЛ/СНІДу серед пацієнтів на туберкульоз, ВІЛ/СНІД і наркотичну залежність (абс. і у % до загальної кількості таких пацієнтів).

- Частота позитивних результатів аналізів сечі на наркотичні речовини у ВІЛ-інфікованих і хворих на туберкульоз пацієнтів наркологічних служб (абс. і у % до загальної кількості таких пацієнтів).

- Частка пацієнтів на туберкульоз, ВІЛ/СНІД і наркотичну

залежність, у яких був порушений стандарт лабораторного моніторингу на туберкульоз у процесі лікування (абс. і у % до загальної кількості таких пацієнтів, що лікувалися).

- Частка пацієнтів на туберкульоз, ВІЛ/СНІД і наркотичну залежність, у яких був порушений стандарт лабораторного моніторингу ВІЛ/СНІД у процесі лікування (абс. і у % до загальної кількості таких пацієнтів, що лікувалися).

- Частота позитивних результатів аналізів сечі на інші наркотичні речовини, аніж ті, що застосовувалися при замісній терапії, у ВІЛ-інфікованих і хворих на туберкульоз (абс. і у % до загальної кількості таких пацієнтів, що отримували замісну терапію).

5. Критерії щодо клініко-епідеміологічних результатів за інтегрованими програмами, які включають:

- Число споживачів наркотиків, хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ, які почали замісну терапію (абс. і у % до загальної кількості споживачів наркотиків серед пацієнтів на зазначену ко-інфекцію).

- Захворюваність на туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих осіб (на 10 тис. або 100 тис. населення).

- Захворюваність на ВІЛ серед хворих на туберкульоз (на 10 тис. або 100 тис. населення).

- Частота побічної дії антиретровірусної, антимікобактеріальної та замісної терапії (абс. і у % від числа тих, що отримували зазначену терапію).

- Частота небажаних взаємодій ліків (абс. і у % від числа тих, що отримували різні види лікування).

- Частота призначення медикаментозного лікування побічних реакцій ліків (абс. і у % до тих, у кого були зареєстровані побічні реакції ліків).

- Смертність (або летальність) споживачів наркотиків, хворих на ко-інфекцію туберкульоз / ВІЛ, які отримували допомогу за інтегрованими програмами (абс., на 10 тис. або 100 тис. населення, а летальність — у % до загальної кількості споживачів наркотиків серед пацієнтів на зазначену ко-інфекцію).

Висновки

1. Виходячи з того, що лікар повинен лікувати не окрему хворобу, а хворого, і підходити до лікувально-діагностичного процесу не вибірково, а комплексно, в Україні нагальна потреба об'єднання служб, причетних до лікування хворих на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію і наркотичну залежність.

2. Для створення інтегрованих програм та інфраструктури об'єднаного лікування хворих на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію та наркотичну залежність потрібні великі ресурси і політична воля з боку органів влади всіх рівнів та органів охорони здоров'я.

3. У процесі накопичення досвіду можна бути доопрацьовувати та поліпшувати програми інтеграції, розробляти детальні та гнучкі рекомендації для комплексної допомоги найбільш складним та уразливим групам населення щодо туберкульозу / ВІЛ та наркотичної залежності.

4. Як перший етап інтеграції у загальнодержавних програмах щодо туберкульозу, ВІЛ/СНІД та наркоманії слід передбачити окремі розділи щодо надання інтегрованої спеціалізованої медичної допомоги хворим на туберкульоз, ВІЛ/СНІД, споживачам наркотиків з відповідною матеріально-фінансовою підтримкою.

5. Розробляючи і втілюючи концепцію реформи, реорганізації та реструктуризації охорони здоров'я загалом, слід передбачити реформи, системні структурні зміни фтизіатричної, інфекційної та наркологічної служб, причетних до надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність.

6. Невід'ємною складовою частиною мотивації до лікування і дисциплінування хворих на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність є їх соціальна підтримка у вигляді соціальних продуктивних наборів та включення у програми проведення замісної терапії споживачам ін'єкційних наркотиків.

Рекомендації

Для реалізації наведених вище міркувань та висновків доцільно:

1. Першочергово слід створити умови для безперерйного забезпечення хворих на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та наркотичну залежність діагностичними засобами та відповідними ліками гарантованої якості за кошти державного бюджету або за рахунок субвенцій.

2. Провести короткострокове 5-денне спільне безоплатне суцільне навчання фахівців, які займаються діагностикою та лікуванням туберкульозу, ВІЛ/СНІД та наркотичної залежності силами відповідних кафедр медичних вузів та закладів післядипломної освіти.

3. Провести аналіз стану надання спеціалізованої медичної допомоги у відповідності до вимог діючих програм і нормативних документів стосовно виявлення, діагностики, профілактики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих; ВІЛ-інфекції у хворих на туберкульоз; СН серед хворих на туберкульоз; СН серед ВІЛ-інфікованих; СН у хворих на ко-інфекцію. Включити перелік зазначених питань до чинних загальнодержавних програм з ВІЛ/СНІД, туберкульозу та наркоманії, внівши до них відповідні доповнення і передбачивши цільове фінансування.

4. Розробити стратегію інтеграції програм та існуючої інфраструктури трьох служб для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД-туберкульоз та наркотичну залежність.

5. Розробити і вдосконалити технології профілактики ВІЛ-інфекції, туберкульозу та наркотичної залежності серед населення та в групах ризику. Сформувати такі групи ризику у кожній адміністративній території і забезпечити їх першочерговими медичними заходами профілактики, виявлення та лікування.

6. Звернути особливу увагу на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції та туберкульозу, а також СН серед людей, що мешкають в сільській місцевості, бо цей прошарок населення, як правило, не має належного доступу до медичної допомоги, тим більше до новітніх технологій.

7. Розгорнути масову санітарно-освітню роботу щодо профілактики, діагностики і лікування хворих на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та наркотичну залежність, виділивши на неї кошти з державного бюджету.

8. Широко залучати громадські організації, товариства Червоного Хреста, волонтерів до діяльності з питань туберкульозу, ВІЛ/СНІД та наркотичної залежності.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Фещенко, Ю. І.* Туберкульоз: організація діагностики, лікування, профілактики та контролю за смертністю [Текст] // Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко [та ін.]. — К.: Здоров'я, 2010. — 448 с.
2. *Митник, З. М.* (гол. ред.). Туберкульоз в Україні: Аналітично статистичний довідник за 1999 — 2009 роки [Текст] / З. М. Митник, гол. ред.; В. Г. Бідний, С. О. Черенько, Ю. І. Фещенко, М. В. Голубчиков, відпов. ред.; О. П. Сакальська, О. М. Павленко, О. П. Недоспасова, О. Р. Сметаніна, І. В. Мотрич, розробники. — К., МОЗ України, 2010. — 96 с.
3. *Harper, I.* Extreme Condition, Extreme Measures? Compliance, Drug Resistance, and the Control of Tuberculosis [Text] / I. Harper. I. // *Anthropology & Medicine*. — 2010. — Vol. 17, № 2. — P. 201–214.
4. *Muthaiah, M.* Molecular Epidemiological Study of Pyrazinamide-Resistance in Clinical Isolates of Mycobacterium tuberculosis from South India [Text] / M. Muthaiah [et al.] // *International Journal of Molecular Sciences*. — 2010. — Vol. 11, № 7. — P. 2670–2680.
5. *Caminero, J. A.* Multidrug-resistant tuberculosis: epidemiology, risk factors and case finding [Text] / J. A. Caminero // *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. — 2010. — Vol. 14, № 4. — P. 382–390.
6. *Світлична, С. Г.* Туберкульоз в поєднанні з ВІЛ-інфекцією: особливості діагностики та лікування в умовах туберкульозного стаціонару [Текст] / С. Г. Світлична // *Укр. пульмонологічний журнал*. — 2007. — № 7. — С. 14–15.

7. Фещенко, Ю. І. Організація лікування хворих на туберкульоз [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. — К.: Здоров'я, 2009. — 488 с.
8. Василенко, С. П. Медикаментозна резистентність мікобактерій туберкульозу в Хмельницькій області [Текст] / С. П. Василенко // Всеукраїнський науково-практичний медичний журнал "Інфекційні хвороби". — 2010. — № 2. — С. 60–62.
9. WHO. Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing. WHO Report 2009. WHO, 2009. — 340 p.
10. WHO. Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response [Text] / WHO/HTM/TB/2010.3. — World Health Organization, 2010. — 59 p.
11. Черенько, С. О. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень № 33 [Текст] / С. О. Черенько, О. Г. Єщенко, М. В. Зеленська. К., 2010. — 52 с.
12. Черенько, С. О. Проблеми ко-інфекції туберкульоз / ВІЛ в Україні [Текст] / С. О. Черенько, Л. В. Щербаківа // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. — 2010. — № 1. — С. 18–23.
13. Огляд наркотичної ситуації в Україні за 2007–2009 роки [Текст] / Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України. — К., 2010. — 26 с.
14. ТБ/ВИЧ: Клиническое руководство [Текст]. — 2-е изд. — ВОЗ: Женева, 2006. — 224 с.
15. Фещенко, Ю. І. Туберкульоз, ВІЛ-інфекція та СНІД [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко. — К.: Здоров'я, 2004. — 200 с.
16. Quillet, D. Effect of fluoxetine on pharmacokinetics of ritonavir [Text] / D. Quillet, A. Hsu, J. Qian [et al.] // Antimicrobial Agents and Chemotherapy. — 1998. — V. 42, № 12. — P. 3107–3112.
17. Klein, A. Drug policy and the HIV pandemic in Russia and the Ukraine (No. Two) / The Beckley Foundation Drug Policy Programme [Text] / A. Klein, M. Roberts, M. Trace. — 2004. — P. 14.
18. Solomon, S. A review of the HIV epidemic in India [Text] / S. Solomon, A. Chakraborty, R. D. Yephthomi // AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education. — 2004. — V. 16, 3 Suppl. A. — P. 155–169.
19. Aceijas, C. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users [Text] / C. Aceijas, G. V. Stimson, M. Hickman, T. Rhodes // AIDS. — 2004. — V. 18, № 17. — P. 2295–2303.
20. WHO. Antiretroviral therapy and injecting drug users: Policy brief [Text] / World Health Organization / Report WHO/HIV № 6. — Geneva: World Health Organization, 2005. — P. 3–7.
21. Aliyu, M. H. Tuberculosis and HIV disease: Two disease of a dual epidemic [Text] / M. H. Aliyu, H. A. Salihu // Wien. Klin. Wochenschr. — 2002. — V. 115, № 19–20. — P. 685–697.
22. Waldrop-Valverde, D. Neurocognitive aspects of medication adherence in HIV-positive injecting drug users [Text] / D. Waldrop-Valverde, R. L. Ownby, F. L. Wilkie, [et al.] // AIDS Behavior. — 2006. — P. 9–10.
23. Corbett, E. L. The growing burden of tuberculosis Global trends and interactions with the HIV epidemic [Text] / E. L. Corbett [et al.] // Archives of Internal Medicine. — 2003. — V. 163, № 9. — P. 1009–1021.
24. Kourbatova, E. V. Risk-factors for mortality among adult patients with newly diagnosed tuberculosis in Samara, Russia [Text] / E. V. Kourbatova, B. E. Borodulin, E. A. Borodulina [et al.] // International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. — 2006. — V. 10, № 11. — P. 1224–1230.
25. McShane, H. Co-infection with HIV and TB: Double trouble [Text] / H. McShane // International Journal of STD & AIDS. — 2005. — V. 16, № 2. — P. 95–101.
26. Mosam, A. Generic anti-retroviral efficacy in AIDS-associated Kaposi's sarcoma in sub-Saharan Africa [Text] / A. Mosam, E. Cassol, T. Page [et al.] // AIDS. — 2005. — V. 19, № 4. — P. 441–443.
27. Nunn, P. Tuberculosis control in the era of HIV [Text] / P. Nunn, B. Williams, K. Floyd, [et al.] // Nature Reviews Immunology. — 2005. — V. 5, № 10. — P. 819–826.
28. Sharma, S. K. HIV-TB co-infection: Epidemiology, diagnosis & management [Text] / S. K. Sharma, A. Mohan, T. Kadiravan // The Indian Journal of Medical Research. — 2005. — V. 2, № 4. — P. 550–567.
29. Celentano, D. D. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users [Text] / D. D. Celentano [et al.] // AIDS. — 2001. — V. 15, № 13. — P. 1707–1715.
30. Strathdee, S. A. Barriers to use of free anti-retroviral therapy in injection drug users [Text] / S. A. Strathdee, A. Palepu, P. G. Cornelisse [et al.] // JAMA. — 1998. — V. 280, № 6. — P. 547–549.
31. Broadhead, R. S. Increasing drug users adherence to HIV treatment: Results of a peer-driven intervention feasibility study [Text] / R. S. Broadhead [et al.] // Social Science & Medicine. — 2002. — V. 55, № 2. — P. 235–246.
32. Loughlin, A. Provider barriers to prescribing HAART to medically-eligible HIV-infected drug users [Text] / A. Loughlin, L. Metsch, L. Gardner, [et al.] // AIDS Care. — 2004. — V. 6, № 4. — P. 485–500.
33. Lucas, G. M. Detrimental effects of continued illicit drug use on the treatment of HIV1 infection [Text] / G. M. Lucas, L. W. Cheever, R. E. Chaisson, [et al.] // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. — 2001. — V. 27, № 3. — P. 251–259.
34. Moore, R. D. Differences in HIV disease progression by injecting drug use in HIV-infected persons in care [Text] / R. D. Moore, J. C. Keruly, R. E. Chaisson // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. — 2004. — V. 35, № 1. — P. 46–51.
35. Rompalo, A. M. Influence of injection drug use behavior on reported antiretroviral therapy use among women in the HIV epidemiology research study: On-site versus referral care [Text] / A. M. Rompalo, N. Shah, K. Mayer, [et al.] // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. — 2001. — V. 28, № 1. — P. 28–34.
36. Mur-Veeman, I. Development of integrated care in England and the Netherlands: Managing across public — private boundaries [Text] / I. Mur-Veeman, B. Hardy, M. Steenbergen, [et al.] // Health Policy. — 2003. — P. 227–221.
37. Coetzee D. Integrating tuberculosis and HIV care in the primary-care setting in South Africa [Text] / D. Coetzee [et al.] // Tropical Medicine and International Health. — 2004. — V. 9, № 6. — P. 14–15.
38. Currie, C. S. Cost, affordability and cost-effectiveness of strategies to control tuberculosis in countries with high HIV prevalence [Text] / C. S. Currie, K. Floyd, B. G. Williams, C. Dye // — Public Health. — 2005. — V. 5. — P. 130.
39. Altarc, D. Tuberculosis treatment through directly observed therapy in a large multisite methadone maintenance treatment programme: Addressing the public health need of a high-risk population [Text] / D. Altarc, S. F. Dansky // Journal of Public Health Management and Practice. — 1995. — V. 1, № 4. — P. 40–47.
40. Alaei, K. Reduction of clinical tuberculosis in HIV-infected males with isoniazid prophylaxis [Text] / K. Alaei [et al.] // Eastern Mediterranean Health Journal. — 2002. — V. 8, № 6. — P. 754–757.
41. Drassard, P. Yield of tuberculin screening among injection drug users [Text] / P. Drassard [et al.] // International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. — 2004. — V. 8, № 8. — P. 988–993.
42. Grusky, O. Is voluntary counselling and testing of drug users in China feasible? [Text] / O. Grusky, H. Liu, X. Li [et al.] // International Journal of STD & AIDS. — 2006. — V. 17, № 5. — P. 354–355.
43. Gunn, R. A. Integrating hepatitis, STD, and HIV services into a drug rehabilitation programme [Text] / R. A. Gunn, M. A. Lee, D. B. Callahan [et al.] // American Journal of Preventive Medicine. — 2005. — V. 29, № 1. — P. 27–33.
44. Lally, M. A model to provide comprehensive testing for HIV, viral hepatitis, and sexually transmitted infections at a short-term drug treatment center [Text] / M. A. Lally, R. MacNevin, Z. Sergie [et al.] // AIDS Patient Care STDs. — 2005. — V. 19, № 5. — P. 298–305.
45. Paltiel, A. D. Expanded screening for HIV in the United States — An analysis of cost-effectiveness [Text] / A. D. Paltiel, M. C. Weinstein, A. D. Kimmel [et al.] // The New England Journal of Medicine. — 2005. — V. 352, № 6. — P. 586–595.
46. Walensky, R. P. Routine human immunodeficiency virus testing: An economic evaluation of current guidelines [Text] / R. P. Walensky, M. C. Weinstein, A. D. Kimmel, [et al.] // The American Journal of Medicine. — 2005. — V. 118, № 3. — P. 292–300.
47. Lee, S. S. A urine-based approach to scale up HIV testing in drug users [Text] / S. S. Lee, K.-C. Lee, W. Y. Wan [et al.] // AIDS. — 2006. — V. 20, № 9. — P. 1349–1351.
48. FitzGerald, J. M. Use of incentives to increase compliance for TB screening in a population of intravenous drug users. Vancouver Injection Drug Use Study Group [Text] / J. M. FitzGerald, D. M. Patrick, S. Strathdee [et al.] // International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. — 1999. — 3, № 2. — P. 153–155.
49. Snyder, D. C. Tuberculosis prevention in methadone maintenance clinics. Effectiveness and cost-effectiveness. [Text] / D. C. Snyder, E. A. Paz, J. C. Mohle-Boetani [et al.] // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. — 1999. — V. 160, № 1. — P. 178–185.
50. Altise, F. L. Pilot study to enhance HIV care using needle exchange-based health services for out-of-treatment injecting drug users [Text] / F. L. Altise [et al.] // Journal of Urban Health. — 2003. — V. 80, № 3. — P. 416–427.
51. Altise, F. L. Adherence to hepatitis B virus vaccination at syringe exchange sites [Text] / F. L. Altise [et al.] // Journal of Urban Health. — 2005. — V. 82, № 1. — P. 151–161.

52. Altise, F. L. The potential role of buprenorphine in the treatment of opioid dependence in HIV-infected individuals and in HIV-infection prevention [Text] / F. L. Altise [et al.] // *Clinical Infectious Diseases*. — 2006. — V. 43, Suppl 4. — P. 178–183.
53. Basu, S. Models for integrating buprenorphine therapy into primary HIV care setting [Text] / S. Basu [et al.] // *Clinical Infectious Diseases*. — 2006. — V. 42, № 5. — P. 716–721.
54. Carrieri, V. P. Evaluations of buprenorphine treatment in a French cohort of HIV-infected injecting drug users [Text] / V. P. Carrieri [et al.] // *Drug and Alcohol Dependence*. — 2003. — V. 72, № 1. — P. 13–21.
55. Lucas, G. M. Buprenorphine in primary HIV care clinics: A big pill to swallow [Text] / G. M. Lucas // *Hopkins HIV Report*. — 2004. — V. 6, № 4. — P. 5–7.
56. Sullivan, L. E. Buprenorphine: Its role in preventing HIV transmission and improving the care of HIV-infected patients with opioid dependence [Text] / L. E. Sullivan, D. A. Fiellin // *Clinical Infectious Diseases*. — 2005. — V. 41, № 6. — P. 891–896.
57. Sullivan, L. E. Decreasing international HIV transmission: The role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users [Text] / L. E. Sullivan, D. S. Metzger, P. J. Fudala [et al.] // *Addiction*. — 2005. — V. 100, № 2. — P. 150–158.
58. Bruce, R. D. A review of pharmacokinetic drug interactions between opioid agonist therapy and anti-retroviral medications: Implications and management for clinical practice [Text] / R. D. Bruce [et al.] // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. — 2006. — V. 41, № 5. — P. 416–427.
59. Hunt, N. Reducing drug related harms to health: Overview of the global evidence (No. Four). The Beckley Foundation Drug Policy Programme [Text] / N. Hunt, M. Trace, D. Bewley-Taylor. — Б. и., 2005. — P. 4–9.
60. Dworkin, M. S. Factors that complicate the treatment of tuberculosis in HIV-infected patients [Text] / M. S. Dworkin, M. R. Adams, D. L. Cohn [et al.] // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. — 2005. — V. 39, № 4. — P. 464–470.
61. Bruce, R. D. Editorial comment: Why treat three conditions when it is one patient? [Text] / R. D. Bruce, F. L. Altise // *AIDS Reader*. — 2003. — V. 13, № 8. — P. 378–379.
62. Narita, M. Paradoxical worsening of tuberculosis following anti-retroviral therapy in patients with AIDS [Text] / M. Narita, D. Ashkin, E. S. Hollender [et al.] // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. — 1998. — V. 158, № 1. — P. 157–161.
63. Price, P. Immune dysfunction and immune restoration disease in HIV patients given highly active anti-retroviral therapy [Text] / P. Price, N. Mathiot, R. Krueger [et al.] // *Journal of Clinical Virology*. — 2001. — V. 22, № 3. — P. 279–287.
64. Abdoal-Karim, S. S. Implementing anti-retroviral therapy in resource-constrained settings: Opportunities and challenges in integrating HIV and tuberculosis care [Text] / S. S. Abdoal-Karim, Q. Abdoal-Karim, G. Friedland [et al.] // *AIDS*. — 2004. — V. 18, № 7. — P. 975–979.

ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ ПРОГРАММ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ/СПИД-ТУБЕРКУЛЕЗОМ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

**Ю. И. Фещенко, А. М. Виевский, Л. В. Турченко,
В. М. Мельник, М. П. Жданова, С. А. Черенько,
К. А. Матвеева, С. В. Сидяк**

Резюме

В статье предложена комплексная стратегия организации эффективной профилактики, диагностики и лечения туберкулеза, ВИЧ/СПИДа и наркомании, которая базируется на создании интегрированных служб сначала в соответствующих общегосударственных программах, а затем и соответствующей инфраструктуры. Авторы доказывают, что такой подход улучшит соблюдение режима лечения, повысит доступ больных за наркологической помощью, снизит вероятность побочных эффектов и повысит эффективность профилактических мероприятий.

THE PROBLEMS OF INTEGRATION OF SPECIALIZED MEDICAL CARE PROGRAMS FOR DRUG-ABUSED HIV/AIDS/TUBERCULOSIS PATIENTS

**Yu. I. Feshchenko, A. M. Viyevskyy, L. V. Turchenko,
V. M. Melnik, M. P. Zhdanova, S. A. Cherenko,
K. A. Matveeva, S. V. Sydyak**

Summary

A complex strategy for effective prevention, diagnosis and treatment of drug-abused tuberculosis/HIV/AIDS patients has been presented in the article. This strategy is based on integrated services in respective national programs with further creation of separate appropriate infrastructure. The authors believe that such approach would improve an adherence to the treatment, increase an access of drug-abused patients to mental care, decrease the rate of potential side effects and increase the effectiveness of preventive measures.