Бар’єри доступу до програми замісної підтримувальної терапії в Україні для людей, які вживають наркотики шляхом ін’єкцій

Кабінетне дослідження

Проф. С.В. Дворяк, д.м.н.

2021

Перелік скорочень

ВГС	Вірусний гепатит С
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ДР	Депресивний розлад
ЗОЗ	Заклад охорони здоров’я
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
КМУ	Кабінет міністрів України
ЛВНІ	Люди, які вживають наркотики шляхом ін’єкцій
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
ОЗ	Опіоїдна залежність
ПАР	Психо-активна речовина
ПР	Психічні розлади
ПРВО	Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів
ПТАО	Підтримувальна терапія агоністами опіоїдів
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
СДУГ	Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю
ТБ	Туберкульоз
УІПГЗ	Український інститут політики громадського здоров’я
ХОЗ	Хворі на опіоїдну залежність
DALY	Disability-Adjusted Life Years (Кількість років життя з урахуванням інвалідності)
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition
NIATx	The Network for the Improvement of Addiction Treatment
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NIH	National Institutes of Health

Мета дослідження та методологія

Протягом підготовчого етапу було проведено кабінетне дослідження, яке включило систематичний огляд на українській та англійській мовах наукових публікацій, які присвячено вивченню ключових бар'єрів доступу до програми замісної підтримувальної терапії в Україні для людей, які вживають наркотики шляхом ін'єкцій.

У цьому огляді основною метою було знайти та висвітлити публікації, в яких описані найбільш поширені бар'єри для початку та утримання в ЗПТ. При цьому нас в першу чергу цікавило, які бар'єри існують в Україні та країнах із схожими культурно-економічними рисами. Важливо зазначити, що огляд охопив публікації про бар'єри щодо ЗПТ починаючи з 2012 року, і з часу проведення досліджень ситуація суттєво змінювалась. З метою розуміння контексту та більш об'єктивного висвітлення тенденцій, ті бар'єри які втратили актуальність були включені у цей звіт з відповідним поясненням.

Окрему увагу було приділено опису моделей організації ЗПТ в країнах, які мають великий відсоток ЛВНІ, охоплених терапією агоністами опіоїдів, з акцентом на особливості організації лікування, завдяки яким вдалось досягти високих показників охоплення.

Пошук відповідних джерел даних було виконано через онлайн ресурси Medline (PubMed), Embase, PsycINFO і Scopus для отримання доступу до рецензованих публікацій із використанням заздалегідь визначених ключових слів (Mental health, Depression, Suicide, People who inject drugs, Injecting drug use, OST, OAT, MAT, MOUD, barriers). Крім того, ми вивчили нерецензовані («сірі») публікації (звіти про дослідницькі проєкти національних та міжнародних організацій, клінічні настанови та уніфіковані клінічні протоколи).

Також на цьому етапі дослідники здійснили комплексну перевірку сучасної документальної бази, що регулює функціонування інтегрованих послуг діагностики залежності та надання ЗПТ як на фінансово-адміністративному, так і законодавчо-регуляторному рівні. Таким чином дослідники отримали інформацію про те, які практики відображені у діючих інструкціях, наказах та визначають можливі регуляторні бар'єри щодо впровадження послуг ЗПТ. У рамках виконання цього завдання дослідники вивчали документацію, що є у вільному доступі.

Аналіз публікацій на тему бар'єрів доступу до ЗПТ пацієнтів у світі та в Україні

Використання метадону та бупренорфіну для ЗПТ

Впровадження метадону для лікування залежності від опіоїдів почалося в 1964 р. (Dole & Nyswander, 1965). Але цей терапевтичний метод зустрівся з величезним спротивом, який в певних колах триває й досі. Як було відмічено в Федеральному керівництві з лікування метадоном (Federal Regulation of Methadone Treatment) ще в 1995 р. «Майже три десятиліття метадон гідрохлорид був основним засобом лікування опіатної залежності. Сьогодні близько 115 000 людей отримують таке лікування, а ще тисячі отримали від нього користь. Незважаючи на те, що ефективність метадону була добре встановлена, його використання залишається спірним, і це свідчить про широке регулювання його виробництва, маркування, розповсюдження та використання. Адміністрація з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами регулює безпеку та ефективність метадону, як це стосується всіх лікарських засобів, а Адміністрація з питань контролю над наркотиками регулює його як контрольовану речовину. Однак метадон також підпадає під унікальний додатковий рівень регулювання, який визначає, як і за яких обставин його можна використовувати для лікування опіатної залежності» (Institute of Medicine Committee on Federal Regulation of Methadone, 1995). В практичному сенсі це означає, що з одного боку, метадон – це препарат для лікування опіоїдної залежності, з іншого – це наркотична речовина, яка, по-перше, підлягає суворому контролю з боку державних служб, і, по-друге, сприймається як засіб для отримання ейфорії, що викликає непорозуміння: чому залежних від опіоїдів людей лікують саме опіоїдами (Дворяк & Штенгелов, 2007).

Другий препарат, який також широко застосовується для лікування опіоїдної залежності – бупренорфін. Бупренорфін є парціальним агоністом мю-опіоїд рецепторів і антагоністом каппа-опіоїдних рецепторів (Center for Substance Abuse, 2004). Він був рекомендований для ЗПТ в США, Канаді, країнах ЄС та інших західних країнах в 2001 - 2003 рр. В Україні його в ін'єкційній формі призначали для лікування синдрому відміни опіоїдів починаючи з середини 1990-х.

На початку 2000-х терапію метадоном в Україні активно пропагували провідні вчені та захисники прав наркозалежних. Позитивний вклад було зроблено організаціями ООН (ВООЗ, ПРООН, UNODC), а також фондом Відкрите суспільство (Open Society Foundation). Вони звертали увагу, що навіть в тих країнах, де доступні метадон та бупренорфін, доступ пацієнтів до цих препаратів обмежений багатьма факторами, включаючи високу вартість і недостатні обсяги поставок, обмежувальні критерії включення в програму лікування, відсутність у органів влади достатньої рішучості для розширення послуг з надання ЗПТ, та іншими.

Багато професіоналів в різних країнах вважають ЗПТ контраверсійним методом лікування і не радять своїм пацієнтам звертатися до відповідних програм, надають перевагу програмам вільним від наркотиків, які менш ефективні і більш коштовні (International Harm Reduction Development Program (IHRD), 2008).

Звичайно, на сьогодні ці висновки багато в чому є застарілими, але для розуміння

контексту в якому розвивалася і продовжує розвиватися ЗПТ в Україні такі факти варто пам'ятати.

Епідемія ВІЛ-інфекції у регіоні східної Європи (в цілому) різноманітна. ВІЛ розповсюджувався статевим шляхом, а також через ін'єкції з використанням нестерильного інструментарію та параферналіїї, з найбільшим тягарем загалом серед вразливих груп, зокрема серед ЛВНІ (Booth et al., 2009). Останні роки є тенденція до зменшення інфікування серед ЛВНІ. Переважним шляхом є статевий, в той же час Україна перебуває серед країн де захворюваність на ВІЛ продовжує зростати (при тому, що в світі здебільшого захворюваність на ВІЛ-інфекцію знижується) і ЛВНІ складають значний відсоток серед усіх інфікованих (Cakalo et al., 2015; LaMonaca et al., 2019) Реакція осіб, відповідальних за прийняття рішень, на епідемію ВІЛ-інфекції серед ЛВНІ є недостатньо ефективною, і їй заважають численні бар'єри, серед яких консервативна наркополітика, численні міфи щодо природи наркотичної залежності, обмежений доступ до послуг через економічні чинники та стигму (Beyrer et al., 2010; Jolley et al., 2012).

Впровадження ЗПТ в Україні з самого початку супроводжувалося дискусіями в професійній спільноті, а також у мас-медіа, серед широкого кола громадськості, і набуло політичного забарвлення. Це проявлялося в тому, що по-перше, дискусії щодо впровадження метадону чи його заборону ставали більш інтенсивними під час виборчих кампаній, а по-друге, політики ліберального напряму здебільшого підтримували цей метод, в той час, як представники проросійських та відверто націоналістичних партій були жорстко проти. Ще до початку лікування багато учасників, як серед медичного персоналу, так і серед пацієнтів та їх родин, було «озброєно» великою кількістю хибних уявлень (Дворяк, 2013). Вони були викладені в статті М. Бойко (Bojko et al., 2016), а також в численних публікаціях в пресі та ток-шоу, що відбувалися на національному телебаченні (Дворяк & Менделевич, 2010; Звонарев, 2004). Крім того, проблема співвідношення питань, що пов'язані з безпекою суспільства, з одного боку, і громадським здоров'ям – з іншого, породжували своєрідну конкуренцію за увагу та кошти між МОЗ та МВС. Через це склалася ситуація, коли фактично правила організації та проведення ЗПТ диктувалися зовсім не медичними аргументами (Csete et al., 2016), (Повідомлення головних наркологів – учасників проекту NIATx, 2020).

Перелік проблем та бар'єрів на кінець 2018 р. виявився досить довгим: безліч міфів та хибних уявлень про ЗПТ як серед пацієнтів, так і серед фахівців; консервативне сприйняття ЗПТ засобами масової інформації та загальним населенням; стара, жорстка політика щодо наркотиків; опір професійної (наркологічної) спільноти щодо прийняття наукових даних, протилежних звичним моделям і стереотипам. Впливало також збереження в різних галузях охорони здоров'я вертикальної системи організації лікувального процесу, високий поріг доступу до спеціалізованої допомоги ЛВНІ, що не відповідає сучасним викликам громадського здоров'я, таким як епідемія ВІЛ/СНІДу, вірусних гепатитів, ТБ (Dvoriak, 2019). Було виявлено, що, незважаючи на свою ефективність, ОАТ в Україні помітно недостатньо масштабована до потреб через різноманітні бар'єри. Серед них моральні упередження та забобони (Altice et al., 2016; Bojko et al., 2013; Bojko et al., 2016) що також обумовлено недостатньою поінформованістю пацієнтів на початку лікування. Також впливає застаріла

консервативна наркополітика, яка обумовлює криміналізацію будь якого споживання наркотиків (Kutsa et al., 2016).

В той же час багато свідчень експертів і зокрема математичне моделювання демонструють беззаперечну перевагу та ефективність включно з ефективністю витрат (cost-effectiveness) впровадження ЗПТ і необхідність якомога більшого охоплення цією терапією усіх, хто її потребує (Tan J, 2020). Якщо зараз цей показник в Україні на рівні 5-7% від розрахункової кількості ЛВНІ, то, згідно рекомендацій ВООЗ, він має сягати, 20% або більше (WHO et al., 2012).

Прогалини, що існують і до сьогодні між рекомендованими показниками охоплення ЗПТ і українською реальністю, виникли і тривають через низку причин. Існує велика кількість чинників, що заважає впровадженню цього лікувального методу, тобто *бар'єри на шляху до потрібного охоплення населення ЗПТ*. Майже всі чинники взаємопов'язані і не завжди їх легко відокремити, але все ж таки умовно можна їх поділити на типи і вказати головний стрижень, наприклад: особистісні, структурні, системні; або вказати на головну перешкоду: вартість та якість препаратів, нерегулярні поставки та перерви в лікуванні, труднощі, пов'язані з переслідуванням з боку правоохоронних органів і поліції, проблеми, пов'язані зі вступом до програми лікування, побоювання щодо небажаних наслідків тощо.

Вартість та якість препаратів

Ціни на бупренорфін і метадон сильно розрізняються. Бупренорфін завжди дорожчий. Крім того, препарати з однаковою фармакологічною назвою можуть мати різну ціну, яка залежить від виробника, постачальника, об'єму закупівель, податку на ввезення, витрат на охорону та транспортування, а також правил і практик місцевих установ охорони здоров'я. Відповідно до Порядку перевезення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на території України (затвердженого Постановою КМУ від 17 квітня 2008 р. N 366), перевезення між областями метадону вагою більше 200 кг можливе тільки під суворим контролем безпеки та з особливим супроводом поліції чи іншої спеціальної збройної служби, що робить транспортування вкрай коштовним.

Дослідження, в яких оцінювалися ставлення до ЗПТ пацієнтів, як готовність почати це лікування і оплачувати цю послугу власним коштом показало, що тільки 37% планують ініціювати терапію агоністами, але багато пацієнтів достатньо вмотивовані для оплати лікування, щоб уникнути небажаних додаткових обставин, які пов'язані з безкоштовним лікуванням (Makarenko et al., 2016). По-перше, вони хочуть захистити себе від невизначеності – чи програма продовжиться або зупиниться (це побоювання було особливо актуальним до того, як держава взяла зобов'язання за придбання препаратів та фінансування послуг ЗПТ). Крім того, вони сподіваються, що в платній програмі ставлення персоналу буде більш гуманним, терпимим і клієнт-орієнтованим. Готовність платити в основному визначалася серед людей з відносно середнім та високим рівнем доходу, які живуть у великих містах і мають потужну сімейну та соціальну підтримку (Makarenko et al., 2017). Але ж з огляду на те, який насправді відсоток серед потенційних пацієнтів в стані оплачувати такі послуги власним коштом (таких – 44%), зрозуміло, що проблеми боротьби з інфекційним хворобами, що

передаються через кров, а також з кримінальною поведінкою, зумовленою необхідністю знайти наступну дозу опіоїдів, це не вирішує.

Після того як для державної програми почали закуповувати препарати від українських виробників, відмічались чисельні скарги пацієнтів на зниження якості препаратів. Але ці скарги не були підтверджені лікарями ЗПТ і тому не були зафіксовані у системі фармнагляду. Не зважаючи на це, були проведені офіційні лабораторні перевірки, які також не підтвердили зниження кількості діючої речовини ні метадону а ні бупренорфіну. (Дворяк С, Зезюлин А. Интервью с ключевыми респондентами. 2020). Але значна кількість вітчизняних експертів та лікарів вважають, що питання якості медичних препаратів виходить за межі лише кількості діючої речовини, і в цілому якість не завжди можна оцінити лабораторними методами. Це підтверджується тим, що більшість медичних працівників будь-якої сфери надають перевагу імпортним препаратам у порівнянні з вітчизняними (матеріали проєкту NIATx, 2021).

У будь-якому разі, закупівлі за державний кошт робляться через тендерні механізми, які беруть до уваги ціни на препарати, тоді як якість продукту не вважається пріоритетом, через те, що її важко оцінити об'єктивними показниками. З іншого боку, державні закупівлі можуть забезпечити кращу ціну і, відповідно, підвищити рівень охоплення.

Нерегулярні поставки і перерви в лікуванні

В Україні на обласному рівні неодноразово спостерігалися випадки затримки постачанням препаратів для ЗПТ (Проект-NIATx, персональна комунікація з головним наркологами областей. 2019). Ці проблеми щільно пов'язані з неефективним фарм-менеджментом на рівні областей, а також недостатньою гнучкістю державної системи закупівлі і розподілу препарату на національному рівні (розподіл перепарату був відповідальністю МОЗ від початку програми). Цей механізм включав багато етапів, починаючи від збору потреб від регіонів, розрахунку потрібної кількості до наступної закупівлі (до року наперед), планування графіку та маршруту розвезення, моніторинг використання препаратів, та перерозподіл за необхідності. Але механізм перерозподілу, особливо до останнього часу був недостатньо гнучким і не давав можливості швидко реагувати зміни у потребах регіонів. Через такі проблеми деякі відповідальні особи замовляють мінімальну кількість препарату, щоб не опинитися в ситуації, що він не буде використаний до закінчення терміну придатності. Коли виникає дефіцит препаратів в одній області, в той час, як в іншій є залишок, але для передачі з одної області до другої потрібні зміни в наказі МОЗ і відповідальні лікарі відчувають труднощі в застосуванні цієї процедури (матеріали проєкту NIATx, 2019).

Затримки з постачанням препаратів призводять до припинення набору нових пацієнтів на ЗПТ, а в деяких випадках до вимушеного зменшення дози препарату, щоб уникнути повної перерви. Зменшення дози може призводити до рецидивів вживання нелегальних наркотиків, та випадіння з програми. У цілому, це має значний негативний вплив на досягнення цілей програми.

В останні роки в Україні збільшується кількість приватних закладів, які надають ЗПТ. Вони не залежать від державних закупівель та розподілу, і можуть більш гнучко реагувати на запити пацієнтів, але це відображається у вартості послуг в цих програмах (Дворяк & Зезюлин, 2020). В цілому, переваги і недоліки приватних програм в контексті

громадського здоров'я ще потребують вивчення.

Труднощі, пов'язані з переслідуваннями з боку правоохоронних органів та поліції

Вартість отримання терапії метадоном або бупренорфіном часто включає в себе побори збоку правоохоронних органів. Поліцейські влаштовують пости біля клінік ЗПТ і часто заарештовують пацієнтів або загрожують, що підкинуть їм наркотики, якщо пацієнти не відкупляться і не дадуть хабар. В Одесі пацієнти, які отримують метадон, повідомляють, що поліцейські регулярно вимагають у них гроші і погрожують арештом або просто затриманням та обшуком (Mazhnaya et al., 2016). Бар'єри, пов'язані з переслідуванням з боку правоохоронних органів та поліції, є більш чи менш вагомими, залежно від регіону, стосунків наркологічної служби з правоохоронною системою і можуть змінюватись із часом.

Окреме дослідження, що було присвячено саме втручанню поліції в роботу програм лікування, продемонструвало кричущі правопорушення з боку окремих поліцейських підрозділів та їхній вплив на готовність пацієнтів брати участь у терапії (Mimiaga et al., 2010). До цієї ж групи чинників, що слід розглядати як бар'єри, відносять недовіру між пацієнтами та лікарями. Пацієнти знають, що лікарі інколи відчувають тиск з боку поліції, бо інколи ті вимагають списки отримувачів агоністів, тому через побоювання, що конфіденційність не буде зберігатися, вони не завжди відверто висловлюють свої почуття, скарги і це може негативно впливати на ефективність терапії (Dvoriak, 2019; Kutsa et al., 2016; Mimiaga et al., 2010).

Стигматизація і дискримінація осіб з наркозалежністю є досить вираженою в Україні і помітно впливає на те, як поліція дивиться та ставиться до потенційних та поточних клієнтів ЗПТ. Через погану обізнаність і нетолерантність поліція не бачить різниці між наркозалежною людиною, що активно споживає наркотики, і такою, яка знаходиться на лікуванні (Kiriazova et al., 2020; Owczarzak et al., 2016). Здебільшого працівники поліції сприймають ЗПТ як дозволену наркотизацію, а не лікування. Серед поліцейських та прокурорів панують такі погляди, що «наркоман одного разу – завжди наркоман», «колишніх наркоманів не буває», «наркоман має сидіти у в'язниці». Ця система підтримується певною мірою суддівською спільнотою, оскільки винести вирок особі, яка зареєстрована як споживач наркотиків, – виглядає наче природньо і не потребує особливих доказів. Достатньо відповідного протоколу від слідчого. Таке ставлення з боку силових органів включає і заборону керувати транспортними засобами або певні види працевлаштування після того, як хтось офіційно «зареєструється» як споживач наркотиків, а також постійні утиски осіб на сайтах ЗПТ, вимоги щодо щоденного спостереження за ЗОЗ, які надають лікування ЛВНІ. Через таке ставлення до цієї проблеми з боку правоохоронців дуже складно розвивати поширення сайтів ЗПТ на заклади первинної допомоги і на аптеки, що могло б суттєво збільшити охоплення лікуванням (Mazhnaya et al., 2016; Дворяк, 2013)

Проблеми, пов'язані зі вступом до програми лікування

В минулому (до 2012 р.) прийом на лікування метадоном чи бупренорфіном був обмеженим. Пацієнтам потрібно було надати документи про те, що вони проходили лікування в програмах, орієнтованих на повну відмову від наркотиків, і тільки в разі,

якщо 2 спроби були невдалими, пацієнт мав право почати лікування агоністами опіоїдів. В чинних нормативних документах цю вимогу скасовано, але залишаються інші перешкоди.

Не зважаючи на те, що обстеження на ВІЛ та туберкульоз ніколи не були вказані в нормативних документах як обов'язкова умова для початку ЗПТ, у багатьох закладах продовжують вимагати наявності довідок про ці обстеження при поступленні. У більшості випадків, вимоги пройти ці обстеження є необґрунтованими, і пацієнти можуть їх пройти після початку ЗПТ без шкоди для власного здоров'я або здоров'я оточуючих. Найбільш складним для них є те, що інколи це обстеження небезкоштовне і через відсутність грошей вони не починають лікування своєчасно (Bojko et al., 2015).

Реєстрація в наркологічних установах та наркологічний сертифікат

В Україні існує порядок, за яким людина, що бажає отримати дозвіл до певних видів діяльності, зокрема отримати свідоцтво на право керування транспортом, повинна представити в органи державної реєстрації так званий наркологічний сертифікат (офіційна назва документу «Свідоцтво про проходження профілактичного наркологічного огляду»).

Цей порядок було затверджено Постановою КМУ від 6 листопада 1997 р. N 1238, при цьому надавалося посилання на статтю 31 Основ законодавства України про охорону здоров'я, яка передбачає наступне: «З метою охорони здоров'я населення організуються профілактичні медичні огляди неповнолітніх, вагітних жінок, працівників підприємств, установ і організацій з шкідливими і небезпечними умовами праці, військовослужбовців та осіб, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення або підвищеною небезпекою для оточуючих. Власники та керівники підприємств, установ і організацій несуть відповідальність за своєчасність проходження своїми працівниками обов'язкових медичних оглядів та за шкідливі наслідки для здоров'я населення, спричинені допуском до роботи осіб, які не пройшли обов'язкового медичного огляду».

Оскільки наркологічний огляд – це фактично видача сертифіката про те, що людина не знаходиться на обліку в наркологічній установі, а в більшості випадків всі пацієнти ЗПТ мають бути поставленими на облік, в них виникають проблеми, якщо вони бажають отримати посвідчення водія, або працювати там, де керівництво вимагає такий сертифікат. Реєстрація в наркологічній установі – є дуже частою причиною відмови від того, щоб стати пацієнтом лікувальної програми. За свідоцтвом ЦГЗ наразі реєстрація відсутня. Це мотивовано Наказом МОЗ, який відміняє цю норму. В той же час, наказ, що ставить в обов'язок це робити, було затверджено спільно МОЗ, МВС та ГПУ і тому суто з юридичної точки зору його не може відмінити наказ одного МОЗ. З правової точки зору це питання виглядає як юридична колізія. Відповідно, остаточне рішення приймають на місцях і важко передбачити, якими будуть дії лікарів у кожному конкретному випадку, тому що вони можуть посилатися на будь-який з наказів. В дослідженні, присвяченому вивченню бар'єрів і чинників, що сприяють доступу до ЗПТ, цей фактор (реєстрація) було виявлено, як найчастіше згадуваний, серед причин, за яких ЛВНІ відмовляються від лікування в державних наркологічних установах (Bojko et al., 2015).

Географічна доступність

Попереднє дослідження, що було проведено УІПГЗ виявило, що пацієнти надають перевагу тим програмам (сайтам), які розташовані поблизу від їхнього місця проживання(Morozova et al., 2017). Навіть більш прийнятні умови лікування і кількість медичних послуг, що вони отримують в лікувальному закладі, не так важлива для них. З цього можна зробити висновок, що чим більше кабінетів, де надається ЗПТ, в місті чи мегаполісі, тим більшим буде охоплення програмою. В великих містах (Одеса, Харків, Кривий Ріг) кількість закладів обмежена (3-4). Беручи до уваги , що шлях до ЗОЗ може брати до години тільки в один бік, пацієнти будуть намагатися якомога скоріше завершити терапію і рівень утримання буде низький. Ще більш значуща ця проблема для селищ та маленьких міст, де сайт ЗПТ може бути на відстані 30-50 км. (Morozova et al., 2017).

Хибні уявлення про ЗПТ

Серед пацієнтів розповсюджена думка (яка інколи поділяється навіть професійними особами (лікарями, медичними сестрами), що лікування агоністами опіоїдів, зокрема метадоном – це останній притулок для «безнадійних» ЛВНІ. Також часто можна почути від пацієнтів про поширеність думки, що, якщо почав лікування метадоном, то це вже на все життя і немає ніякого іншого варіанту, тільки продовжувати терапію до кінця життя. Поруч з хибними уявленнями про те, що метадон дуже шкідливий для зубів та кісток і вкрай негативно впливає на сексуальну та репродуктивну функцію, розповсюдженою є ідея, начеб-то лікуватися метадоном - означає «бути ненормальним», і тому багато пацієнтів намагаються скорочувати дозування чи як найшвидше його завершити, щоб повернутися до «нормального» життя (Bojko et al., 2016; Kiriazova et al., 2020; Rozanova et al., 2017).

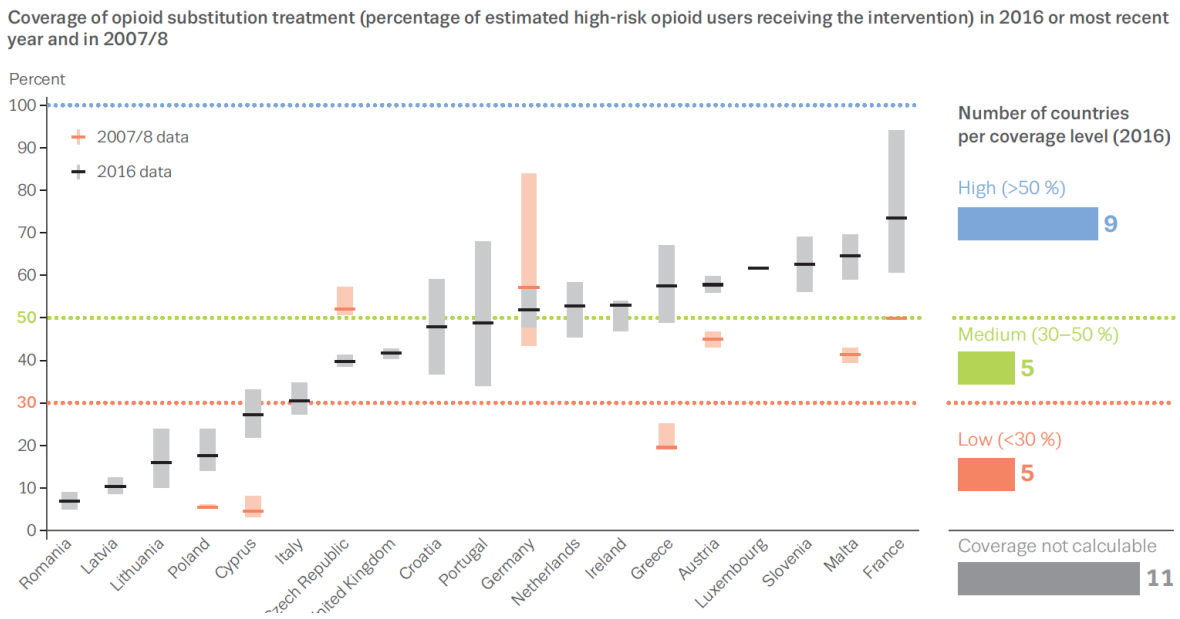
Більшість міжнародних рекомендацій, у тому числі чинний Стандарт лікування розладів внаслідок вживання опіоїдів, рекомендують доповнювати ЗПТ психосоціальними методами консультування та ресоціалізації. Не зважаючи на те, що в цих рекомендаціях прямо вказано, що психосоціальні методи є тільки бажаними, деякі спеціалісти та організатори охорони здоров'я хибно вважають що це психологічне консультування має бути обов'язковою частиною програми ЗПТ. По-перше, в багатьох, якщо не в усіх, ЗОЗ спеціально підготовлених спеціалістів з соціальної роботи не існує, а функції соціальних працівників виконують співробітники НДО або волонтери, що обмежує можливості розширення програми, якщо вважати це обов'язковим компонентом. По друге, значна частина наявних соціальних працівників мають власний досвід реабілітації та певний час залишаються абстинентами. Як правило, вони намагаються переконати пацієнтів, що необхідно якомога скоріше «позбутися залежності» і, відповідно, завершити лікування метадоном, як шкідливе, і таке, яке підтримує «нетверезе життя» (Dumchev et al., 2017; Rozanova et al., 2017).

Аналіз наявних міжнародних підходів до організації ЗПТ в країнах, які мають велике охоплення послугами ЗПТ

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів з синдромом залежності – за класифікацією МКХ-10 або ж Opioid use disorder – DSM-V – це хронічне захворювання яке потребує лікування медикаментами та психологічними/психотерапевтичними методами разом із соціальною підтримкою. Наукові дослідження доводять, що доведену ефективність мають речовини, які можуть взаємодіяти з опіоїдними рецепторами клітин головного мозку. Лікування опіоїдної залежності може відбуватися - і на практиці відбувається - за різними підходами та методами. Існує два принципових підходи: 1) орієнтований на повну відмову від наркотиків, а також інших ПАР (drug free approach); 2) орієнтований на фармакологічну підтримку, завдяки якій забезпечується підвищення рівня психічного здоров'я та якості життя (Medically Assistance Treatment) (Hoffman et al., 2019; Kampman & Jarvis, 2015). В першому випадку застосовуються переважно психо-соціальні втручання, хоча на етапі відміни наркотику допускається використання відповідних психо-фармакологічних препаратів з метою усунення гострої соматичної та психо-вегетативної симптоматики. В другому випадку, психосоціальні заходи додаються до фармакологічних, які забезпечують завдяки специфічному впливу на опіоїдні рецептори ЦНС зменшення потягу до опіоїдів (повний агоніст метадон та парціальний агоніст-антагоніст – бупренорфін) і таким чином дозволяють стабілізувати фізичний, психічний та соціальний стан людей залежних від опіоїдів. Антагоніст опіоїдних рецепторів налтрексон блокує дію опіоїдів і завдяки цьому пацієнти, які його отримують, не відчувають ейфорії від вживання заборонених опіоїдів і відмовляються від них (National Academies of Sciences & 2019). Відповідно до багатьох наукових рекомендацій з усіх медикаментозних методів найбільш ефективною і прийнятною з точки зору громадського здоров'я вважається ЗПТ (WHO et al., 2004, 2009, 2012).

В Україні підтримувальна терапія агоністами вперше була впроваджена як пілотний проект в 2004 р. Кількість охоплених пацієнтів на двох сайтах, де надавалася така терапія, складала 96 осіб (Lawrinson et al., 2008). На той час в більшості країн Західної Європи та Північної Америки досвід впровадження цього методу нараховував десятиріччя. Багаторічний досвід дозволив експертам, що підготували спільний звіт (WHO et al., 2012), рекомендувати певні індикатори щодо охоплення хворим з опіоїдною залежністю (ХОЗ) цим видом лікування. Згідно з цими рекомендаціями показник кількості осіб, що потребують лікування ЗПТ, має розраховуватися з урахуванням тих, хто вживає опіоїди також неін'єкційним шляхом і виходити з оціночної кількості, а не з кількості тільки тих, хто звернувся до представників державних та комунальних медичних закладів. Було виділено три показники: низький - ≤20% охоплених ХОЗ; середній - <20% – ≤40% і високий >40%. Високий цільовий показник, як вважають автори, відповідає рівню охоплення, який досягається в країнах, де програми ЗПТ організовані добре. Такими країнами на сьогодні є Нідерланди, Швейцарія, Франція, Німеччина (всього 9 країн), де рівень охоплення складає більш, ніж 50%. На малюнку №1 можна побачити рівень охоплення ЗПТ в країнах ЄС за даними Європейського центру моніторингу (EMCDDA, 2016).

Мал. 1.



За даними EMCDDA всього в ЄС на підтримувальному лікуванні агоністами опіоїдів в 2016 р. знаходилося 628 тис осіб (26% жінок, 74% - чоловіків). Для лікування використовуються такі препарати: метадон - отримують 63% пацієнтів; бупренорфін - 35%, повільно всмоктуваний морфін (slow-release oral morphine) – 2%; діацетілморфін – 1%; інші агоністи опіоїдів – 1% (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018).

Існують різні моделі надання медикаментозної допомоги, які можна згрупувати відповідно до препарату, який призначається для підтримувальної терапії: метадон, бупренорфін, налтрексон (антагоніст опіоїдних рецепторів). А можна розглядати під кутом провайдера, що надає ЗПТ: в спеціалізованому закладі або в неспеціалізованому. При цьому спеціалізований - це наркологічні клініки або диспансери, центри профілактики та боротьби із ВІЛ/СНІДом, протитуберкульозні заклади. Неспеціалізовані – ЦПМСД, багатопрофільні лікарні, сімейні поліклініки (Bachireddy et al., 2014; Dvoriak, 2019). В США прийнято розділяти моделі впровадження ЗПТ на такі, що надаються в медичному офісі (office-based treatment) і в лікарні (hospital-based treatment). Госпітальна модель застосовується здебільшого у випадках, коли людина потрапляє до стаціонару через серйозні ускладнення на кшталт передозування або психозу і тоді паралельно за наявності синдрому залежності їй призначають агоністи опіоїдів. Період госпіталізації у таких випадках не перевищує 30 днів. Оскільки ЗПТ є за визначенням довготривалою терапією, абсолютна більшість пацієнтів отримують її в амбулаторних умовах (office-based treatment)(Bell & Strang, 2020; Kampman & Jarvis, 2015).

В країнах ЄС відсутня окрема наркологічна служба. Більшість послуг з лікування наркотичної залежності в Європі надається амбулаторно в спеціалізованих амбулаторних центрах, які охоплюють найбільшу кількість споживачів наркотиків. За ними далі йдуть загальні медичні центри, де ведучу роль відіграють лікарі загальної практики. Вони призначають ЗПТ у деяких великих країнах, таких як Німеччина та Франція. Значну частку медикаментозного лікування в Європі здійснюють стаціонарні установи, такі як медичні стаціонари (наприклад, психіатричні лікарні), терапевтичні

громади та спеціалізовані стаціонарні центри. Дані, наприклад, 2013 р. показують, що амбулаторне лікування в спеціалізованих центрах отримали 943 000 хворих, в загально-психіатричних установах – 276 00, в резидентних центрах госпітального типу – 67 000, в терапевтичних спільнотах – 26 000 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015). Відносне значення амбулаторного та стаціонарного забезпечення в рамках національних систем лікування розладів внаслідок вживання наркотичних речовин сильно відрізняється в різних країнах. Крім того, багато країн мають низькопорогові послуги, і хоча багато з них не забезпечують структурованого лікування в таких країнах, як Франція та Чехія, подібні агенції розглядаються як невід'ємна частина національних систем громадського здоров'я (EMCDDA,2015).

Пацієнти можуть отримувати метадон або бупренорфін в медичних установах різного профілю, але здебільшого в спеціалізованих центрах. Призначення агоністів опіоїдів і подальше ведення ХОЗ здійснюють лікарі загальної практики або сімейні лікарі, які пройшли відповідний тренінг. Для того, щоб виконувати такі обов'язки не потрібно обов'язково мати спеціальність аддиктолога або психіатра.

В Україні наразі призначення ЗПТ може здійснюватись лише лікарем наркологом, або психіатром, незалежно від типу лікувальної установи, але продовжувати ЗПТ і змінювати дозу може робити лікар будь-якої спеціалізації (за умови віповідної підготовки). На сьогодні більшість ХОЗ отримують ЗПТ в наркологічних центрах, але поступово збільшується частка пацієнтів на ЗПТ в ненаркологічних і неспеціалізованих ЗОЗ. Дані про кількість пацієнтів в ЗОЗ різного профілю постійно поновлюються. Вони містяться на веб-сторінці ЦГЗ (https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/zoz-scho-vprovadzhuyut-zpt).

Перші кроки до інтегрування ЗПТ в ненаркологічні спеціалізовані установи було зроблено в 2011-2013 роках. Лікування метадоном було організоване в центрах профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом та протитуберкульозних диспансерах (Bachireddy et al., 2014; Dvoriak et al., 2014; Morozova et al., 2013). Наступним етапом стало впровадження ЗПТ на первинній ланці. Потреба в цьому була обумовлена необхідністю суттєво підвищити рівень охоплення терапією ЛВНІ, а також забезпечити інтегровану допомогу ХОЗ, якім було потрібно надати лікування не тільки з ОЗ але і з супутніх захворювань, таких як ВІЛ-інфекція, туберкульоз, вірусні гепатити і психічні захворювання. Перший пілотний проект було впроваджено в 2014 р. в містах Миколаїв і Полтава (Morozova et al., 2017). Досвід виявився позитивним і в подальшому в багатьох обласних центрах були створені на базі ЦПМСД центри інтегрованої допомоги ХОЗ, в яких вони отримували ЗПТ, а також лікування супутньої патології. В 2021 р. таких центрів було 24. Через певні обмеження в законодавстві поки ще існує необхідність в тому, щоб діагноз ОЗ вперше встановлювався в стаціонарі, а також призначення ЗПТ має здійснюватися лікарем-наркологом. Але навіть за таких умов надання ЗПТ в неспеціалізованих ЗОЗ має значні переваги, через підвищення доступності ЗПТ, більшої кількості наданих медичних послуг та зменшення стигми (Morozova et al., 2017).

Модель інтегрованої допомоги для хворих із подвійним діагнозом вже досить давно застосовується в світі (McKee et al., 2013). В керівництві, що було підготовлено експертами Адміністрації з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я США висловлено кілька базових принципів щодо ведення хворих з

подвійним діагнозом.

1. Використовуйте перспективу одужання.
2. Встаньте на багатопроблемну точку зору.
3. Розробіть поетапний підхід до лікування.
4. Вирішуйте конкретні проблеми реального життя на самому початку лікування.
5. Плануйте заходи для відновлення пізнавальних та функціональних можливостей пацієнта.
6. Використовуйте заходи соціальної підтримки (групи самодопомоги, соціальні мережі тощо) для досягнення та розвитку ефективності лікування (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020).

Пропонується при цьому 3 моделі надання інтегрованої допомоги. Зокрема, 1) програми, де може здійснюватися лікування супутніх розладів через призначення терапії на місці або через направлення до відповідних спеціалістів; 2) програми з підсилюваним втручанням щодо супутніх розладів, де фахівці підготовлені для лікування як розладів, обумовлених вживанням ПАР, так і психічних захворювань; і 3) комплексні програми інтегрованої допомоги, які включають повну батарею медичних та психосоціальних послуг, яких потребують пацієнти з подвійним і потрійним діагнозом, а також соціальними проблемами (The ASAM Criteria. Treatment Criteria for Addictive, Substance-Related, and Co-Occurring Conditions, 2013; ASAM National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use,. 2015).

В Україні розробники інтегрованого підходу виділяють три варіанти інтеграції: 1) перенаправлення, коли пацієнту рекомендовано консультацію відповідного фахівця, але при цьому лікар певного профілю повністю координує процес обстеження та лікування, а кейс-менеджер (соціпрацівник) робить все, щоб пацієнт своєчасно отримав необхідні консультації; 2) територіальна інтегрованість, за якої всі потрібні служби знаходяться в одному місці, і процес отримання консультацій, обстеження та призначення лікування максимально наближені до пацієнта; 3) повна інтегрованість, за якої один лікар здійснює весь комплекс обстеження та лікування, необхідні пацієнтові. Останній варіант забезпечує не лише «фізичну», а й «органічну» інтеграцію, дозволяючи пацієнтові й лікарю досягти максимальної збалансованості терапевтичних заходів (Sylla et al., 2007; Дворяк, 2016).

З 2021 року, після офіційного дозволу приватним клінікам надавати ЗПТ (до цього вони надавали послуги з лікування синдрому відміни), в Україні збільшилася кількість приватних центрів та кабінетів, які пропонують пацієнтам ЗПТ на комерційній основі. Певна кількість ХОЗ обирає таку послугу через те, що в цих закладах вони можуть уникнути реєстрації, яка може негативно вплинути на доступ до певних професій або для отримання свідоцтва на право керування транспортним засобом. Також багато пацієнтів вважає, що в приватних клініках та кабінетах більш дружня атмосфера і відсутній суворий контроль за виконанням адміністративних правил (Makarenko et al., 2016). В той же час існують певні сумніви щодо якості надання послуг із ЗПТ, оскільки пацієнти можуть отримувати препарат тільки тоді, як вони можуть заплатити за своє лікування. Взагалі, на сьогодні така модель не дуже добре вивчена і потрібні дослідження, щоб з'ясувати деталі щодо її ефективності і сталості для пацієнтів.

Системний Погляд

Якщо зробити спробу систематизувати всі бар'єри або просто впорядкувати їх відповідно до ключових чинників, то слід спиратися на публікації, в яких було зроблено такі спроби.

Наприклад, ґрунтовні результати було отримано з використанням номінальної групової техніки - ключовий інгредієнт інструментарію NIATx для покращення мережі. Вона полягала в тому, що три навчених тренера у співпраці з 18 клініцистами та адміністраторами ЗПТ проводили якісне дослідження з метою виявлення бар'єрів для збільшення охоплення ЗПТ на регіональному (обласному) рівні, пошуку рішень та визначення пріоритетів проектів місцевих змін. Лікарі змогли визначили перші три бар'єри: (1) суворі правила та негнучка політика, що диктують розподіл та видачу препаратів для ЗПТ (цей фактор у більшій мірі втратив актуальність після зміни у нормативній базі а також після початку пандемії COVID-19); (2) відсутність системного підходу до оцінки потреб ЗПТ на регіональному чи місцевому рівні (у 2019 році було офіційно запроваджено розрахунок потреби від оціночної кількості ЛВНІ); і (3) обмежене фінансування та механізми фінансування у поєднанні з відсутністю місцевого/регіонального контролю за фінансуванням програм ЗПТ (Muthulingam et al., 2019).

Одну з останніх публікацій на цю тему присвячено так званій соціально-екологічній моделі (CEM), використовуючи яку дослідники намагаються розділити взаємопереплетені багаторівневі чинники, які негативно впливають на розширення ЗПТ. Для цього виділяють декілька рівнів, впливу: (1) **індивідуальний**, (2) **міжособистісний**, (3) **організаційний**, (4) **громадський** (обумовлений відповідним ставленням в громаді) та (5) **політичний** (в першу чергу йдеться про наркополітику). Такий підхід забезпечує не тільки більш чіткий аналіз факторів щодо бар'єрів, але дозволяє побудувати концептуальний план перекриття поточних прогалин при лікуванні хворих на ПРВО (Dumchev, 2021).

Індивідуальний. Негативне особисте ставлення до лікування агоністами ґрунтується на різних міфах та хибних уявленнях, наприклад, на переконанні, що це варіант «останньої зупинки», і «виходу немає». Важливо, що ці переконання поширені серед усіх зацікавлених сторін - органів охорони здоров'я, політиків, медичних працівників, майбутніх та поточних пацієнтів, членів їх сімей, правоохоронних органів та широкої громадськості. Це хибне уявлення є більш актуальним для метадону, який, як вважають, викликає більшу залежність, ніж інші опіоїди, що робить відміну сильнішою та детоксикацію ускладнює, якщо це взагалі можливо (Bojko et al., 2015; Bojko et al., 2016).

До цього ж кластеру бар'єрів відносять *стигму* до ЛВНІ. Вживання наркотичних речовин зазвичай розглядається як особистий вибір, а залежність - це «відсутність сили волі», а не медичний стан, і тому залежні від ПАР не заслуговують на те, щоб на них витрачалися державні ресурси. Особливо це помітно в сприйнятті ЗПТ потенційними пацієнтами у виправних колоніях, де власні переконання і недовіра до «офіційної» інформації відіграють більш значущу роль, ніж в умовах закладів громадського здоров'я Серед засуджених панує думка, що «справжні чоловіки» можуть вживати в будь-якій кількості алкоголь і інші ПАР, але вони завжди тримають це під контролем. Звертатися з цього приводу по медичну допомогу – це зізнатися в своїй слабкості і безпорадності

(Rhodes et al., 2019).

Інша група особистих бар'єрів на рівні потенційних пацієнтів ЗПТ пов'язана з очікуваною немедичною шкодою від лікування. Серед них - ризик порушення конфіденційності та витоку особистих даних, втручання поліції та негативний досвід дискримінації з боку медичних працівників.

Міжособистісний. ЛВНІ взаємодіють з низкою осіб, які можуть вплинути на їх рішення щодо залучення до лікування ЗПТ. Йдеться про стосунки з родиною, однолітками, найближчим оточенням та медичними працівникам. Було виявлено, що хибне уявлення про ЗПТ, схвалене референтними особами, перешкоджало багатьом ЛВНІ потрапити на лікування агоністами, через пануючі переконання про шкідливість метадону та нерозуміння мети підтримувального лікування. Більшість представників середньостатистичної спільноти впевнені, що лікування має бути коротким (4-6 тижнів), і має закінчитися одужанням і поверненням до вільного від наркотиків життя.(Farnum et al., 2020; Rozanova et al., 2017; Woody, 2021).

Організаційний. Питання, що обумовлені політикою та практикою на рівні закладів, варто кваліфікувати як організаційні; ці бар'єри можуть бути письмовими (накази, маршрут пацієнта, тощо) або неофіційними, такими, які стосуються суто практичного впровадження. У більшості випадків вони є результатом тлумачення національної політики чи вказівок адміністрації; або виконуються персоналом клініки ЗПТ через призму їхніх особистих переконань та поглядів. Найбільш помітними прикладами є практика дозування, недобровільне виписування з програми та (не)доступність видачі препарату додому. Незважаючи на те, що національний Стандарт вказує, що середня доза метадону на місці має знаходитися в діапазоні 80-120 мг, а дослідження показують, що доза 80 мг і вище позитивно корелює із утриманням (Farnum et al., 2020) багато лікарів призначають значно менші дози, мотивуючи запобіганням «гепатотоксичності», (Dumchev et al., 2017; Farnum et al., 2021) або йдуть на поступки бажанням пацієнтів, які надають перевагу низьким дозам, щоб мати можливість час від часу повертатися до вживання звичного наркотику (Особисте спілкування з наркологами, проект NIATx, 2020).

Громадський. У цій групі перешкод до всебічного охоплення слід відзначити бар'єри, які потенційно можна подолати на місцевому (обласному чи міському) рівні. Через низьку мотивацію та поінформованість представників органів охорони здоров'я та спротив місцевих політиків кількість місць ОАТ у більшості міст залишається вкрай недостатньою, щоб зробити її географічно доступною для більшості потенційних пацієнтів (Marcus et al., 2020). Інше питання, яке зазвичай визначається політикою чи ставленням влади на регіональному рівні, - це втручання поліції в роботу медичних закладів, що надають ЗПТ (Kutsa et al., 2016).

Політичний. Дослідниками зібрано досить багато даних щодо ключової ролі наркополітики щодо впровадження ЗПТ та розширення цього виду лікування в Україні.

ЗПТ регулюється політикою по різних але майже однаково важливих сферах: вживання наркотичних препаратів та карна відповідальність за зберігання; регуляція обігу наркотичних речовин в медичних установах; діагностика та лікування порушень, пов'язаних з вживанням наркотичних речовин; закупівля та постачання ліків в аптеки та ЗОЗ; відповідальність медичного персоналу за неналежне виконання правил обігу, а

також транспортування препаратів для ЗПТ до регіональних сайтів. Більшість цих нормативних актів, успадкованих від системи охорони здоров'я часів СРСР, перешкоджають впровадженню ЗПТ, а також інших сучасних підходів у сфері охорони здоров'я, створюють підґрунтя для стигми та дискримінації і негативно впливають на поведінку ЛВНІ, зумовлюючи ризиковану практику ін'єкцій і перепони для звернення по медичну допомогу (Latypov, 2011; Lekhan et al., 2015). Певні бар'єри пов'язані з регулюванням клінічних аспектів діагностики та лікування розладів, обумовлених вживанням наркотиків. Починаючи з радянських часів, встановлення людині синдрому залежності від наркотиків може мати серйозні соціальні наслідки, такі як неможливість отримати певну роботу або посвідчення водія. Відповідно, таке рішення лікаря могло бути оскаржено в судовому порядку. Тому законодавець передбачив таку можливість і ввів норму, що діагноз залежності має бути встановлено на підставі стаціонарного спостереження і тільки лікарем-наркологом (Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»). Через серйозність цих наслідків діагноз залежності від речовини міг встановити лише група з трьох лікарів (принаймні з одним наркологом) після стаціонарного обстеження. Ця вимога, незмінна на сьогодні, є однією з суттєвих перешкод для розширення ЗПТ. Неспеціалізовані ЗОЗ, у яких немає лікаря - нарколога, повинні направляти пацієнтів у наркологічний заклад для установлення діагнозу хоча він може бути встановлений на підставі амбулаторного огляду з використанням відповідних скринінгових і діагностичних інструментів.

Перелік використаних джерел

Altice, F. L., Azbel, L., Stone, J., Brooks-Pollock, E., Smyrnov, P., Dvoriak, S., Taxman, F. S., El-Bassel, N., Martin, N. K., Booth, R., Stover, H., Dolan, K., & Vickerman, P. (2016). The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *Lancet*. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30856-X

Bachireddy, C., Soule, M. C., Izenberg, J. M., Dvoryak, S., Dumchev, K., & Altice, F. L. (2014). Integration of health services improves multiple healthcare outcomes among HIV-infected people who inject drugs in Ukraine. *Drug Alcohol Depend*, *134*, 106-114. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.020

Bell, J., & Strang, J. (2020). Medication Treatment of Opioid Use Disorder. *Biol Psychiatry*, *87*(1), 82-88. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.06.020

Beyrer, C., Malinowska-Sempruch, K., Kamarulzaman, A., & Strathdee, S. A. (2010). 12 myths about HIV/AIDS and people who use drugs. *Lancet*, *376*(9737), 208-211. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61005-7

Bojko, M. J., Dvoriak, S., & Altice, F. L. (2013). At the crossroads: HIV prevention and treatment for people who inject drugs in Ukraine. *Addiction*, *108*(10), 1697-1699. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/add.12243

Bojko, M. J., Mazhnaya, A., Makarenko, I., Marcus, R., Dvoriak, S., Islam, Z., & Altice, F. L. (2015). "Bureaucracy & Beliefs": Assessing the Barriers to Accessing Opioid Substitution Therapy by People Who Inject Drugs in Ukraine. *Drugs (Abingdon Engl)*, *22*(3), 255-262. https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1016397

Bojko, M. J., Mazhnaya, A., Marcus, R., Makarenko, I., Islam, Z., Filippovych, S., Dvoriak, S., & Altice, F. L. (2016). The Future of Opioid Agonist Therapies in Ukraine: A Qualitative Assessment of Multilevel Barriers and Ways Forward to Promote Retention in Treatment. *J Subst Abuse Treat*, *66*, 37-47. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.03.003

Booth, R. E., Lehman, W. E., Dvoryak, S., Brewster, J. T., & Sinitsyna, L. (2009). Interventions with injection drug users in Ukraine. *Addiction*, *104*(11), 1864-1873. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02660.x

Cakalo, J. I., Bozicevic, I., Vitek, C., Mandel, J. S., Salyuk, T., & Rutherford, G. W. (2015). Misclassification of men with reported HIV infection in Ukraine. *AIDS Behav*, *19*(10), 1938-1940. https://doi.org/10.1007/s10461-015-1112-0

Center for Substance Abuse, T. (2004). SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols. In *Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., Comfort, M., Goosby, E., Goulão, J., Hart, C., Kerr, T., Lajous, A. M., Lewis, S., Martin, N., Mejía, D., Camacho, A., Mathieson, D., Obot, I., Ogunrombi, A., Sherman, S., Stone, J., Vallath, N., Vickerman, P., Zábranský, T., & Beyrer, C. (2016). Public health and international drug policy. *Lancet*, *387*(10026), 1427-1480. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00619-x

Dole, V. P., & Nyswander, M. (1965). A MEDICAL TREATMENT FOR DIACETYLMORPHINE (HEROIN) ADDICTION. A CLINICAL TRIAL WITH METHADONE HYDROCHLORIDE. *Jama*, *193*, 646-650. https://doi.org/10.1001/jama.1965.03090080008002

Dumchev, K., Altice, F., Pykalo, I., et al. (2021). *Examining Barriers to Opioid Agonist Treatment Scale Up in Ukraine through the Lens of the Socio-Ecological Model*.

Dumchev, K., Dvoryak, S., Chernova, O., Morozova, O., & Altice, F. L. (2017). Retention in medication-assisted treatment programs in Ukraine-Identifying factors contributing to a continuing HIV epidemic. *The International journal on drug policy*, *48*, 44-53. https://neuro.unboundmedicine.com/medline/citation/28800420/Retention_in_medication_assisted_treatment_programs_in_Ukraine_Identifying_factors_contributing_to_a_continuing_HIV_epidemic_
https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955-3959(17)30118-4

Dvoriak, S., Karachevsky, A., Chhatre, S., Booth, R., Metzger, D., Schumacher, J., Chychula, N., Pecoraro, A., & Woody, G. (2014). Methadone maintenance for HIV positive and HIV negative patients in Kyiv: acceptability and treatment response. *Drug Alcohol Depend*, *137*, 62-67. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.01.008

Dvoriak, S. K., O.; Chtengelov, V.; Pykalo, I. (2019). Ten Years of the Opioid Agonist Therary Implementation Experience in Ukraine. What Further. (Second Part). *Visnyk APSVT, 2019,1*. https://doi.org/10.33287/11193

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015). *European Drug Report. Trends and Developments*.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018). *European Drug Report 2018: Trends and Developments*.

Farnum, S. O., Makarenko, I., Madden, L., Mazhnaya, A., Marcus, R., Prokhorova, T., Bojko, M. J., Rozanova, J., Dvoriak, S., Islam, Z., & Altice, F. L. (2020). The real-world impact of dosing of methadone and buprenorphine in retention on opioid agonist therapies in Ukraine. *Addiction*, 2020. https://doi.org/10.1111/add.15115

Farnum, S. O., Makarenko, I., Madden, L., Mazhnaya, A., Marcus, R., Prokhorova, T., Bojko, M. J., Rozanova, J., Dvoriak, S., Islam, Z., & Altice, F. L. (2021). The real-world impact of dosing of methadone and buprenorphine in retention on opioid agonist therapies in Ukraine. *Addiction*, *116*(1), 83-93. https://doi.org/10.1111/add.15115

Hoffman, K. A., Ponce Terashima, J., & McCarty, D. (2019). Opioid use disorder and treatment: challenges and opportunities. *BMC Health Serv Res*, *19*(1), 884. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4751-4

Institute of Medicine Committee on Federal Regulation of Methadone, T. (1995). In R. A. Rettig & A. Yarmolinsky (Eds.), *Federal Regulation of Methadone Treatment*. National Academies Press (US)

Copyright 1995 by the National Academy of Sciences. All rights reserved. https://doi.org/10.17226/4899

International Harm Reduction Development Program (IHRD). (2008). *Barriers to Access: Medication-Assisted Treatment and Injection-Driven HIV Epidemics*. Retrieved June 30, 2022 from https://www.opensocietyfoundations.org/publications/barriers-access-medication-assisted-treatment-and-injection-driven-hiv-epidemics

Jolley, E., Rhodes, T., Platt, L., Hope, V., Latypov, A., Donoghoe, M., & Wilson, D. (2012). HIV among people who inject drugs in Central and Eastern Europe and Central Asia: a systematic review with implications for policy. *BMJ Open*, *2*(5). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001465

Kampman, K., & Jarvis, M. (2015). American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *J Addict Med*, *9*(5), 358-367. https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000166

Kiriazova, T., Go, V. F., Hershow, R. B., Hamilton, E. L., Sarasvita, R., Bui, Q., Lancaster, K. E., Dumchev, K., Hoffman, I. F., Miller, W. C., & Latkin, C. A. (2020). Perspectives of clients and providers on factors influencing opioid agonist treatment uptake among HIV-positive people who use drugs in Indonesia, Ukraine, and Vietnam: HPTN 074 study. *Harm Reduct J*, *17*(1), 69. https://doi.org/10.1186/s12954-020-00415-x

Kutsa, O., Marcus, R., Bojko, M. J., Zelenev, A., Mazhnaya, A., Dvoriak, S., Filippovych, S., & Altice, F. L. (2016). Factors associated with physical and sexual violence by police among people who inject drugs in Ukraine: implications for retention on opioid agonist therapy. *J Int AIDS Soc*, *19*(4 Suppl 3), 20897. https://doi.org/10.7448/IAS.19.4.20897

LaMonaca, K., Dumchev, K., Dvoriak, S., Azbel, L., Morozova, O., & Altice, F. L. (2019). HIV, Drug Injection, and Harm Reduction Trends in Eastern Europe and Central Asia: Implications for International and Domestic Policy. *Curr Psychiatry Rep*, *21*(7), 47. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1038-8

Latypov, A. B. (2011). The Soviet doctor and the treatment of drug addiction: "A difficult and most ungracious task". *Harm Reduct J*, *8*, 32. https://doi.org/10.1186/1477-7517-8-32

Lawrinson, P., Ali, R., Buavirat, A., Chiamwongpaet, S., Dvoryak, S., Habrat, B., Jie, S., Mardiati, R., Mokri, A., Moskalewicz, J., Newcombe, D., Poznyak, V., Subata, E., Uchtenhagen, A., Utami, D. S., Vial, R., & Zhao, C. (2008). Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, *103*(9), 1484-1492. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02249.x

Lekhan, V., Rudiy, V., Shevchenko, M., Nitzan Kaluski, D., & Richardson, E. (2015). Ukraine: health system review. *Health Syst Transit*, *17*(2), 1-154. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26106880

Makarenko, I., Mazhnaya, A., Marcus, R., Bojko, M. J., Madden, L., Filippovich, S., Dvoriak, S., & Altice, F. L. (2017). Willingness to pay for opioid agonist treatment among opioid dependent people who inject drugs in Ukraine. *Int J Drug Policy*, *45*, 56-63. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.037

Makarenko, I., Mazhnaya, A., Polonsky, M., Marcus, R., Bojko, M. J., Filippovych, S., Springer, S., Dvoriak, S., & Altice, F. L. (2016). Determinants of willingness to enroll in opioid agonist treatment among opioid dependent people who inject drugs in Ukraine. *Drug Alcohol Depend*, *165*, 213-220. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.06.011

Marcus, R., Madden, L., Farnum, S., LaMonaca, K., Meteliuk, A., Pykalo, I., Barry, D., & Altice, F. (2020). Assessing Opioid Use Treatment In Ukraine Using the European Quality Audit of Opioid Treatment (EQUATOR). *Manuscript in preparation*.

Mazhnaya, A., Bojko, M. J., Marcus, R., Filippovych, S., Islam, Z., Dvoriak, S., & Altice, F. L. (2016). In Their Own Voices: Breaking the Vicious Cycle of Addiction, Treatment and Criminal Justice Among People who Inject Drugs in Ukraine. *Drugs (Abingdon Engl)*, *23*(2), 163-175. https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1127327

McKee, S. A., Harris, G. T., & Cormier, C. A. (2013). Implementing Residential Integrated Treatment for Co-occurring Disorders. *J Dual Diagn*, *9*(3), 249-259. https://doi.org/10.1080/15504263.2013.807073

Mimiaga, M. J., Safren, S. A., Dvoryak, S., Reisner, S. L., Needle, R., & Woody, G. (2010). "We fear the police, and the police fear us": structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine [Research Support, N.I.H., Extramural]. *AIDS Care*, *22*(11), 1305-1313. https://doi.org/10.1080/09540121003758515

Morozova, O., Dvoriak, S., Pykalo, I., & Altice, F. L. (2017). Primary healthcare-based integrated care with opioid agonist treatment: First experience from Ukraine. *Drug Alcohol Depend*, *173*, 132-138. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.12.025

Morozova, O., Dvoryak, S., & Altice, F. L. (2013). Methadone treatment improves tuberculosis treatment among hospitalized opioid dependent patients in Ukraine. *Int J Drug Policy*, *24*(6), e91-98. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.09.001

Muthulingam, D., Bia, J., Madden, L. M., Farnum, S. O., Barry, D. T., & Altice, F. L. (2019). Using nominal group technique to identify barriers, facilitators, and preferences among patients seeking treatment for opioid use disorder: A needs assessment for decision making support. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *100*, 18-28. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.019

National Academies of Sciences, E., and Medicine., & (Eds.). (2019). *Medications for opioid use disorder save lives.* The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25310.

Owczarzak, J., Phillips, S. D., Filippova, O., Alpatova, P., Mazhnaya, A., Zub, T., & Aleksanyan, R. (2016). A "Common Factors" Approach to Developing Culturally Tailored HIV Prevention Interventions. *Health Educ Behav*, *43*(3), 347-357. https://doi.org/10.1177/1090198115602665

Rhodes, T., Azbel, L., Lancaster, K., & Meyer, J. (2019). The becoming-methadone-body: on the onto-politics of health intervention translations. *Sociol Health Illn*, *41*(8), 1618-1636. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12978

Rozanova, J., Marcus, R., Taxman, F. S., Bojko, M. J., Madden, L., Farnum, S. O., Mazhnaya, A., Dvoriak, S., & Altice, F. L. (2017). Why People Who Inject Drugs Voluntarily Transition Off Methadone in Ukraine. *Qualitative Health Research*, *27*(13), 2057-2070. https://doi.org/10.1177/1049732317732307

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42.* Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). https://store.samhsa.gov/product/tip-42-substance-use-treatment-persons-co-occurring-disorders/PEP20-02-01-004

Sylla, L., Bruce, R. D., Kamarulzaman, A., & Altice, F. L. (2007). Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. *Int J Drug Policy*, *18*(4), 306-312. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.03.001

Tan J, A. F., Madden LM, Zelenev A. . (2020). Effect of expanding opioid agonist therapies on the HIV epidemic and mortality in Ukraine: a modelling study. *Lancet HIV*, *Feb;7(2) e121-e128.* https://doi.org/https://doi.org/10.1016/

S2352-3018(19)30373-X

WHO, UNODC, & UNAIDS. (2004). Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and

HIV/AIDS prevention : position paper. In T. WHO (Ed.), (pp. 36). Geneva, Switzerland: The World Health Organization.

WHO, UNODC, & UNAIDS. (2009). WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. In: World Health Organization.

WHO, UNODC, & UNAIDS. (2012). technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. In W. H. Organization (Ed.), (pp. 101). Geneva, Switzerland: The World Health Organization.

Woody, G. E. (2021). Commentary on Farnum et al.: Agonist maintenance in Ukraine-ambivalence, success and moving forward. *Addiction*, *116*(1), 94-95. https://doi.org/10.1111/add.15219

Дворяк, С., & Зезюлин, А. (2020). *Анализ устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию*.

Дворяк, С., & Менделевич, В. (2010). *Защитник вольности и прав в сем случае совсем неправ*. ZN.UA. Retrieved June 30, 2022 from https://zn.ua/HEALTH/zaschitnik_volnosti_i_prav_v_sem_sluchae_sovsem_neprav.html

Дворяк, С. В. (2013). Не пора ли пересмотреть национальную политику в отношении наркотиков? Попытка научно-обоснованного подхода к проблеме. *Психічне здоров'я*, *2*(39), 55 – 62.

Дворяк, С. В. (2016). *Інтегрована медико-соціальна допомога хворим із залежністю від опіоїдів*

[Автореф. дисс. д.м.н.,

Дворяк, С. В., & Штенгелов, В. В. (2007). *Что мешает внедрению ЗПТ в Украине?* Retrieved July 7, 2022 from https://zapitay.in.ua/chto-meshaet-vnedreniyu-zpt-v-ukraine.html

Звонарев, А. (2004). *Метадон: предательство, а не толерантность*. ZN.UA. Retrieved June 30, 2022 from https://zn.ua/HEALTH/metadon_predatelstvo,_a_ne_tolerantnost.html