



ЕВРОПА

# **Оценка опиоидной заместительной терапии в Кыргызской Республике**

2009

Субата Эмилис  
Моллер Ларс  
Карымбаева Салия

## КРАТКИЙ ОБЗОР

Оценка Программы Опиоидной Заместительной Терапии (ОЗТ) в Кыргызской Республике была осуществлена с 13 по 17 – октября 2008 г. Делегация Европейского Регионального Бюро Всемирной организации здравоохранения провела ряд встреч с представителями Правительства КР, Агентства по Контролю Наркотиков, Министерства здравоохранения, Министерством юстиции, Агентств ООН, международных НПО, сотрудниками служб по лечению от наркотической зависимости и НПО. Также были проведены обсуждения в фокус группах и индивидуальные интервью с потребителями инъекционных наркотиков (ИПН) в нескольких программах ОЗТ.

Кыргызская Республика успешно создала децентрализованную систему предоставления опиоидной заместительной терапии, как в специализированных учреждениях, так и в центрах семейной медицины. Опиоидная заместительная терапия предоставляется группой специалистов с использованием комплексном подходе, во взаимодействии с НПО. Предоставление опиоидной заместительной терапии через центры семейной медицины несет в себе возможность дальнейшей интеграции лечения наркотической зависимости ИПН посредством семейной

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

### © Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

# Содержание

Выражение признательности .....	1
Список сокращений .....	2
Краткое содержание .....	3
Предыстория и цели .....	5
Методология .....	6
Проблемы и Ограничения .....	6
ВИЧ и ситуация по незаконному потреблению наркотиков в Кыргызской Республике .....	7
Доступ ИПН к ОЗТ в Кыргызской Республике .....	8
Организация поставки метадона центрам по лечению наркотической зависимости и финансирование программы .....	9
Финансирование программы ОЗТ .....	10
Качество предоставления ОЗТ .....	10
ОЗТ в пенитенциарной системе .....	12
Выводы и рекомендации по развитию ОЗТ в Кыргызской Республике .....	13
Библиография.....	16
Приложение 1 .....	19

## **Выражение признательности**

Мы искренне благодарим и выражаем свою признательность за любезное предоставление помощи главе странового офиса ВОЗ, д-ру Оскону Молдокулову; министру здравоохранения Кыргызской Республики, д-ру Марату Мамбетову; Советнику министра здравоохранения, д-ру Борису Димитрову; руководителю Управления организации медицинской помощи Министерства здравоохранения КР, д-ру Динаре Сагынбаевой; главному специалисту Управления организации медицинской помощи Министерства здравоохранения КР д-ру Елене Кухрановой, национальному координатору по охране здоровья в тюрьмах; директору Республиканского центра наркологии, г-ну Руслану Токубаеву; заместителю директора Республиканского центра наркологии и главному внештатному наркологу министерства здравоохранения, г-же Татьяне Борисовой; наркологу Республиканского центра наркологии, д-ру Айнуре Эсенамановой; руководителю отдела контроля законного оборота и профилактики Агентства по контролю наркотиков, г-ну Тимуру Исакову; руководителю отдела реформирования Министерства юстиции КР, г-ну Марату Жаманкулову; руководителю ГУИН Министерства юстиции, г-ну Калыкбеку Насбекову; руководителя медицинского отдела ГУИН МЮ КР, г-ну Жакшылыку Токтосунову; главному наркологу исправительного учреждения № 47, д-ру Дамире Акматовой; наркологу исправительного учреждения № 47, г-ну Шахридину Таджибаеву; психиатру-наркологу исправительного учреждения № 47, г-же Розе Джайиловой; заместителю генерального директора Республиканского центра СПИД, д-ру Эркину Бакиеву; национальному координатору проекта ЮНОДК по ВИЧ/СПИД, г-ну Мирлану Мамырову, менеджеру программы ГФСТМ компонента СПИД, г-ну Талгату Субанбаеву, менеджеру Фонда СПИД Восток Запад, г-же Наталье Шумской; национальному координатору Центральноазиатской региональной программы по ВИЧ/СПИД фонда Сорос, г-ну Болоткану Сыдыканову; ассистенту программ общественного здравоохранения фонда Сорос Кыргызстан, г-же Зулайке Эсентаевой; консультанту программ здравоохранения сектора человеческого развития Международного Банка Реконструкции и Развития, г-ну Игорю Олийнику; национальному координатору Центральноазиатского проекта по контролю СПИД (СААР), г-же Айнуре Кадыралиевой; юристу правовой клиники "Адилет", г-ну Эрику Ирискулбекову; директору НПО "Позитивная инициатива", г-ну Сергею Ужаловскому; руководителю НПО "Социум", г-же Батме Эстебесовой за то, что выделили время и поделились своим мнением и информацией с оценочной группой.

Также выражаем свою признательность всем сотрудникам отделений центров по лечению наркотической зависимости, включая медсестер, социальных работников, психологов и психотерапевтов, которые поделились своими знаниями с нами. Наконец, благодарим всех пациентов программы опиоидной заместительной терапии, которые по собственному желанию приняли участие в дискуссиях фокус групп.

*Медицинский консультант Европейского регионального бюро ВОЗ, д-р Субата Эмилис  
Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, д-р Мюллер Ларс  
Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, д-р Карымбаева Салия  
Январь 2009*

## Список сокращений

<b><i>АРВ</i></b>	Антиретровирусные препараты/терапия
<b><i>ВГБ</i></b>	Вирус гепатита В
<b><i>ВГС</i></b>	Вирус гепатита С
<b><i>ВИЧ</i></b>	Вирус иммунодефицита человека
<b><i>ВОЗ</i></b>	Всемирная организация здравоохранения
<b><i>ГУИН</i></b>	Главное Управление по исполнению наказаний
<b><i>ГФСТМ</i></b>	Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом, и малярией
<b><i>ЕС</i></b>	Европейский Союз
<b><i>ЕЦМНН</i></b>	Европейский Центр Мониторинга по наркотикам и наркомании
<b><i>ИПН</i></b>	Инъекционные потребители наркотиков
<b><i>ИППП</i></b>	Инфекции передающиеся половым путем
<b><i>ККА</i></b>	Консультативный Комитет Докторов
<b><i>МиО</i></b>	Мониторинг и оценка
<b><i>МНПО</i></b>	Международные неправительственные организации
<b><i>НПО</i></b>	Неправительственные организации
<b><i>ОЗТ</i></b>	Опиоидная заместительная терапия
<b><i>ООН</i></b>	Организация Объединенных Наций
<b><i>ПМТ</i></b>	Программа метадоновой поддержки
<b><i>ПРООН</i></b>	Программа Развития Организации Объединенных Наций
<b><i>СМКК</i></b>	Страновой Многосекторальный Координационный Комитет
<b><i>СНГ</i></b>	Содружество Независимых Государств
<b><i>СПИД</i></b>	Приобретенный синдром иммунодефицита
<b><i>ССГАООН</i></b>	Специальная Сессия Генеральной Ассамблеи ООН
<b><i>ТБ</i></b>	Туберкулез
<b><i>ФГА</i></b>	Фокус групповые дискуссии
<b><i>ЦА</i></b>	Центральная Азия
<b><i>ЮНОДК</i></b>	Управление ООН по наркотикам и преступности
<b><i>ЮНЭЙДС</i></b>	Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу

## Краткое содержание

*Основные выводы и рекомендации отмечены ниже*

Благодаря устойчивым и скоординированным усилиям Правительства Кыргызской Республики в сотрудничестве с ООН и международными партнерами, а также представителями местных НПО, было отмечено значительное расширение опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) метадоном в течение 2006-2008 гг. Число центров по предоставлению услуг лечения от наркотической зависимости, предоставляющих ОЗТ метадоном увеличилось от 2 в 2006 г. до 13 в 2008 г. Число пациентов ИПН (инъекционных потребителей наркотиков) возросло в 5 раз от 145 в октябре 2006 г. до 729 в октябре 2008 г. Страна успешно создала децентрализованную систему предоставления ОЗТ как в специализированных учреждениях, так и в Центрах Семейной медицины. ОЗТ предоставляется командой специалистов с учетом комплексного подхода путем взаимодействия и поддержки со стороны НПО. Предоставление ОЗТ через центры семейной медицины предлагает потенциальные возможности дальнейшей интеграции лечения наркотической зависимости с семейной медициной и дальнейшего уменьшения стигмы по отношению к ИПН.

Страна разработала клинический протокол по ОЗТ, для лечебно – профилактических учреждений, как Министерства здравоохранения, так и Министерства юстиции. Пилотный проект по ОЗТ метадоном был внедрен в пенитенциарном учреждении № 47 Центральной больницы ГУИН МЮ в августе 2008г. Вместе с тем, заместительная терапия в данном учреждении предоставляется наряду с другими программами для ИПН: детоксификация, психосоциальное лечение синдрома зависимости и программы снижения вреда по обмену игл/шприцев в целях предотвращения распространения ВИЧ/СПИД. Спектр различных вмешательств повышает возможности для подбора индивидуального подхода к разным группам потребителей наркотиков.

В то же время, только 13,5% зарегистрированных потребителей героина и 2,9% от оценочного числа потребителей инъекционных наркотиков охвачены ОЗТ. Таким образом, ОЗТ все еще имеет ограниченный доступ, и влияние ОЗТ в профилактике ВИЧ среди ИПН до сих пор не выявлено полностью.

*Для расширения ОЗТ и его влияния на ВИЧ в Кыргызской Республике рекомендуется нижеследующее:*

1. Должны быть продолжены меры по усилению дальнейшего расширения доступа ОЗТ для ИПН в Кыргызской Республике для повышения воздействия на профилактику ВИЧ, гепатита В и С, ТБ и ИППП. Рекомендуется дальнейшее расширение программы ОЗТ в Центрах семейной медицины с повышением потенциала имеющегося штата сотрудников.
2. Комплексное оказание медицинской помощи по улучшению здоровья должно быть доступно в учреждениях здравоохранения, включая профилактику инфекционных заболеваний, уход и психосоциальную поддержку. Налоксон должен быть доступным в центрах лечения от наркотической зависимости для предотвращения смертельных исходов от опиоидной передозировки у пациентов, которые не вовлечены в программу ОЗТ. Тестирование на гепатит С среди пациентов должно продвигаться на добровольной основе.

3. Сотрудничество центров лечения от наркотической зависимости с группой семейных врачей должно быть усилено путем поощрения пациентов на получение услуг в Центрах Семейной Медицины. Вовлечение НПО в предоставление социальной и юридической помощи для пациентов ОЗТ должно продолжаться на всех уровнях.
4. Повышение потенциала сотрудников, предоставляющих ОЗТ, групп семейных врачей и специалистов по инфекционным заболеваниям должно включать систему предоставления базового тренинга и непрерывного обучения по ОЗТ. С этой целью, рекомендуется разработать модуль тренинга для многофункционального штата сотрудников. Тренинг следует проводить силами национальных экспертов.
5. План по мониторингу и оценке для того, чтобы отслеживать результаты лечения должен быть разработан в стране. Деятельность по мониторингу и оценке должна быть неотъемлемой частью и постоянно присутствовать в каждой программе ОЗТ, как это отмечено в клиническом протоколе. В целях проведения мониторинга должен быть разработан инструмент (короткий перечень вопросов) по сбору данных для отслеживания динамики потребления наркотиков, состояния здоровья, социальной интеграции и рискованного поведения ИПН, основанного на уже разработанных и доступных методологиях.
6. Рекомендуется завершить проведение исследования оценки результатов пилотного проекта ОЗТ в пенитенциарном учреждении № 47 путем сравнения исходных данных ряда индикаторов, полученных при проведении базового исследования с данными, полученными через 3 и 6 месяцев. Основываясь на результатах оценки пилотного проекта ОЗТ, рекомендуется принять во внимание расширение программы ОЗТ в пенитенциарной системе.
7. Рекомендуется разработать стратегию по распространению информации по ОЗТ среди представителей правительства, должностных лиц правоохранительных органов и медицинского работников во избежание неправильного представления об ОЗТ на всех уровнях.

## Предыстория и цели

ОЗТ (Опиоидная заместительная терапия) признается как эффективный метод профилактики ВИЧ среди ИПН (потребителей инъекционных наркотиков) и для повышения приверженности людей, которые соответственно инфицированы ВИЧ/СПИД к антиретровирусной (АРВ) терапии (ВОЗ, 1998; ЮНОАК, ЮНЭЙДС, 2004; ВОЗ, 2005a).

Метадон и бупренорфин показали себя как высокоэффективные препараты при лечении опиоидной зависимости и профилактики ВИЧ (ВОЗ, 2004cd). Эффективность ОЗТ в снижении потребления нелегальных наркотиков и рискованного поведения при использовании инъекционных наркотиков, повышении качества жизни, улучшении здоровья и снижении преступности, путем использования метадона и бупренорфина было изучено не только в экономически развитых странах (Маттик Р., Брин С., Каймбер Дж., Даволи М 2003), но и в странах с ограниченными ресурсами и разных культурных средах, таких как Китай, Индонезия, Иран, Таиланд, Литва, Польша и Украина (Лоуринсон П., Али Р., Буавират А. 2008).

Последние научные данные, полученные по результатам исследований, отмечают, что опиоидная зависимость является хроническим заболеванием мозга с частыми рецидивами. На сегодняшний день опиоидная зависимость часто сравнивается с другими хроническими заболеваниями, такими как гипертония, диабет и астма (МакЛеллан А. и другие, 2000, ВОЗ, 2004). К сожалению, нет специфических методов, которые смогли бы полностью излечить от хронических болезней. Несмотря на это, при использовании правильной долгосрочной терапии и при соответствующем медицинском уходе, а также с изменением поведения пациентов, есть возможность искоренить или снизить проявление симптомов хронических заболеваний и достичь высокого качества жизни. ОЗТ, в данном контексте признается экономически эффективной стратегией, позволяющей достигнуть высокого уровня удерживания ИПН в терапевтических программах, значительного снижения потребления нелегальных наркотиков и снижение рискованного поведения в связи с потреблением инъекционных наркотиков. Метадон и бупренорфин были включены в XIV издание Модельного Списка Основных Препаратов ВОЗ (WHO, 2005b).

ОЗТ стала самым часто употребляемым терапевтическим подходом от героиновой зависимости в странах Европейского Союза. По кумулятивной оценке, 594 000 потребителей опиоидов получили заместительную терапию в странах Европейского Союза, начиная с 2005 г. (EMCDDA, 2008).

Заместительная поддерживающая терапия также предоставляет возможности для улучшения предоставления антиретровирусного лечения для потребителей наркотиков с положительным статусом ВИЧ, а именно путем увеличения доступа к лечению и улучшения удержания в программах и приверженности к лечению.

Новые руководство, предложенное ВОЗ, по оказанию психосоциальной поддержки при проведении фармакологического лечения опиоидной зависимости рекомендует, что ОЗТ метадоном или бупренорфином должны быть использованы предпочтительно по отношению к детоксификации для большинства пациентов, метадон должен быть использован предпочтительно по отношению к бупренорфину, а метадоновая заместительная терапия и услуги по предоставлению детоксификации должны быть широко доступными (ВОЗ, СМИ).

За последние годы отмечается увеличение числа исследований и рекомендаций, утверждающих, что поддерживающие терапии метадоном и бупренорфином должны быть частью стратегии профилактики ВИЧ в исправительных учреждениях, как важное и высокоэффективное вмешательство в общественное здравоохранение (ВОЗ, 2005c), а также



были разработаны практические руководства для внедрения ОЗТ в исправительных учреждениях (ВОЗ, 2007, Кастелик А., Понт Ж., Стовер Х., ЮНОДК, 2008).

Кыргызская Республика была первой страной Центральной Азии, инициировавшая пилотную программу ОЗТ в 2002 г. Первая оценка программы ОЗТ (Асанов Т., 2005) указала эффективность ОЗТ в снижении нелегального потребления наркотиков, которая также увеличила социальную адаптацию пациентов ОЗТ. К 2006 г. количество центров предоставляющих ОЗТ было незначительным (2 центра в Бишкеке и Оше) и число пациентов ОЗТ уменьшилось (145). ОЗТ не могла играть существенную роль в профилактике до 2006 г. (Субата Э., Пхакадзе Г., 2006). Несмотря на это, в оценочном отчете было сделано заключение о том, что в течение пилотной фазы программы ОЗТ в 2002-2006 гг. заместительная терапия метадонотом в Бишкекском и Ошских центрах лечения наркотической зависимости была реализована с учетом комплексного подхода и в сотрудничестве с другими медицинскими учреждениями и НПО. Медицинские сотрудники приобрели значительный опыт в предоставлении ОЗТ в ходе реализации программы. Рекомендации оценочной миссии также включали необходимость расширения программы по ОЗТ путем децентрализации и с учетом обеспечения географической доступности, а также путем повышения потенциала персонала, работающего в программе до соответствующего уровня. Оценочная миссия уделила особое внимание потреблению наркотиков и ВИЧ ситуации в пенитенциарной системе. Описательная модель ОЗТ в исправительных учреждениях была включена в отчет оценочной миссии.

Целью последней оценки, проведенной Европейским Региональным Бюро Всемирной организации здравоохранения в октябре 2008 г. являлась последующая оценка по развитию программы ОЗТ в Кыргызской Республике по сравнению с 2006 г. Оценочная миссия предоставит результаты оценки по расширению ОЗТ в стране и дальнейшие рекомендации Правительству Кыргызской Республики (а именно Министерству здравоохранения и Министерству юстиции КР).

## **Методология**

Команда по оценке программы провела полевую миссию в Кыргызской Республике с 13 по 17 октября 2008 г. и встретилась с представителями Правительства, Агентства по контролю наркотиков, Министерства здравоохранения и Министерства юстиции, агентствами ООН, международными НПО, с сотрудниками центров лечения от наркотической зависимости и НПО. Были проведены дискуссии в фокус группах, а также индивидуальные интервью с ПИН в нескольких программах ОЗТ. Список лиц, с кем встретилась оценочная команда, указан в Приложении 1.

Для получения основной информации на встречах с должностными лицами, заинтересованными сторонами и ИПН был использован качественный метод. Максимальное число бенефициариев (ИПН, сотрудники, центры по предоставлению услуг лечения от наркотической зависимости) было охвачено, где это было возможным. Оценочная команда провела обзор документов разработанных Правительством Кыргызской Республики, агентствами ООН, Республиканским Центром Наркологии и НПО.

## **Проблемы и Ограничения**

В общем, был использован методологический подход в соответствии с целями миссии. У оценочной команды была возможность посетить ряд центров лечения от наркотической зависимости (включая колонию № 47) и встретиться со штатом сотрудников, которые обеспечивают мультидисциплинарный подход. Полевые визиты и встречи с ключевыми

лицами и представителями заинтересованных организаций проводились оценочной командой в относительно короткие сроки времени. Не представилось возможным команде посетить все центры лечения от наркотической зависимости. Оценочная команда не смогла встретиться со всеми заключенными в колонии № 47, провести с ними интервью и дискуссии в фокус группе.

## **ВИЧ и ситуация по незаконному потреблению наркотиков в Кыргызской Республике**

*Кыргызская Республика - страна с низким уровнем распространенности ВИЧ с концентрированной стадией эпидемии<sup>1</sup>.*

На 1-декабря 2008 г. число зарегистрированных случаев ВИЧ инфицированных составило 1828. Число случаев больных СПИД - 137. Всего умерло 217 ВИЧ инфицированных, включая 92 от СПИДа (Республиканское Объединение «СПИД», 2008).

Случаи ВИЧ инфицирования были зарегистрированы во всех регионах Кыргызской Республики. Однако в Ошской области число зарегистрированных случаев ВИЧ было 860, т.е. 50% общего числа инфицированных в стране.

Самый распространенный путь передачи ВИЧ - инъекционное потребление наркотиков, которое составляет 72% всех зарегистрированных случаев согласно данным, предоставленным Республиканским Объединением «СПИД» и ЮНОДК (Офис Регионального представительства ЮНОДК в Центральной Азии, 2008). Половой путь составляет 22%, вертикальный путь передачи от матери к ребенку - 1%, и в связи с недавней вспышкой внутрибольничного заражения ВИЧ в Оше, внутрибольничный путь передачи вырос до 3%.

На 1-декабря 2008 г. было 97 случаев ВИЧ инфицированных беременных женщин, 72 из которых завершились родами, 14 аборт или прерываний беременности и 14 беременных женщин имеются на данный момент. В связи с ранним определением беременности у ВИЧ-инфицированных женщин, 44 женщины и 45 новорожденных получили превентивную АРВ терапию. В ответ на передачу ВИЧ от матери к ребенку, Министерство здравоохранения издало специальный приказ в ноябре 2007 г., который должен обеспечить тестирование всех беременных женщин на ВИЧ инфекцию.

На 1-декабря 2008 г. было зарегистрировано 139 ВИЧ инфицированных детей из Кыргызской Республики и 1 из Узбекистана. 110 детей были обнаружены как ВИЧ - инфицированные в связи со вспышкой в Оше в июне 2007 г. связанной с внутрибольничным распространением. В 5 случаях передача от матери к ребенку была установлена как путь заражения.

АРВ терапия доступна с 2005 г и на 1-декабря 2008 г. 82 взрослых и 54 ребенка получали АРВ терапию (Республиканское Объединение «СПИД», 2008).

С 2000 по 2007 гг. число зарегистрированных потребителей наркотиков выросло с 4479 до 8464. Самыми распространенными незаконными наркотиками являются опиоиды (потребителей героина - 3351 и опия - 2005), потребители, которых составляют 63% всех зарегистрированных потребителей наркотиков. 5386 потребителей инъекционных

---

<sup>1</sup> Концентрированная стадия эпидемии определяется как та, в которой распространение ВИЧ инфекции в высоко-рисковых групп населения составляет 5% или выше, но все еще меньше 5% среди женщин, посещающих родовые клиники.

наркотиков зарегистрировано среди потребителей наркотиков, которые составляют 64%. Потребители конопли составляют 27% от всего зарегистрированного числа потребителей наркотиков.

Число потребителей наркотиков, получивших лечение в 2007 г. было довольно низким - 575 лиц (Офис Регионального представительства ЮНОДК в Центральной Азии, 2008), в то время как оценочное число потребителей опиоидов согласно опросу ЮНОДК в 2006 г составило 26000 и потребителей инъекционных наркотиков 25000 в том числе (Офис Регионального представительства ЮНОДК в Центральной Азии, 2007).

В ходе проведения исследования, было отмечено, что средним возрастом первого потребления наркотиков в Кыргызской Республике является 17 лет и средний возраст проблемных потребителей наркотиков - 31.8. 13,7% проблемных потребителей наркотиков были женщины.

## **Доступ ИПН к ОЗТ в Кыргызской Республике**

Кыргызская Республика была первой страной Центральной Азии и Стран Содружества Независимых Государств, которая в 2002 г. инициировала пилотную программу ОЗТ метадоном. Данная пилотная программа была реализована Республиканским центром наркологии (в г. Бишкек) и Ошским областным центром наркологии.

Независимая оценка 2006 г. установила, что ОЗТ была реализована с учетом комплексного подхода. Интегрированное медицинское лечение, психо-социальная и юридическая поддержки были предоставлены в рамках программы ОЗТ и в сотрудничестве с НПО. ВИЧ-инфицированные ИПН принимались в программы ОЗТ незамедлительно и без каких-либо ограничений. Тестирование на ВИЧ и АРВ терапия предоставлялись на бесплатной основе. В то же время, доступ ИПН к ОЗТ был ограниченным, т.к. только два центра предоставляли услуги по лечению от наркотической зависимости в Бишкеке и Оше. На 1-ноября 2006 г. в программе было всего лишь 145 пациентов. Из них всего 29 ВИЧ инфицированных пациентов, 10 из которых получали АРВ терапию (Субата Э., Пхакадзе Г., 2006 г.)

В отчете 2006г. было рекомендовано Правительству КР повысить доступность ОЗТ для ИПН и его влияние на профилактику ВИЧ, гепатита В и С, ТБ, ИППП через расширение программ ОЗТ путем децентрализации и обеспечения географической доступности, а также соответствующего контроля, для обеспечения качества ОЗТ через предоставление комплекса услуг. Специфической рекомендацией стала разработка и внедрение пилотной программы ОЗТ в пенитенциарной системе.

В ответ на данные рекомендации и последующие обсуждения заинтересованных сторон, на основании совместного Приказа Министерства здравоохранения и Агентства по контролю наркотиков от февраля, 2007 г. были разработаны механизмы для дальнейшего расширения ОЗТ и обеспечения географической доступности и соответствующего контроля (Агентство по контролю наркотиков, Министерство здравоохранения, 2007 г.). Данный правовой акт обеспечил правовую базу для расширения программ ОЗТ в КР, в то время как ГФСТМ предоставил финансирование.

6 новых центров по лечению от наркотической зависимости открылись в 2007 г. (2 в Центрах семейной медицины №1 и 8 в Бишкеке), 3 в Центрах семейной медицины в г. Кант, Кара-Балта и Токмок (Чуйской области) и 1 в Ошском Наркологическом Центре (Эсенаманова А., 2008 г.).

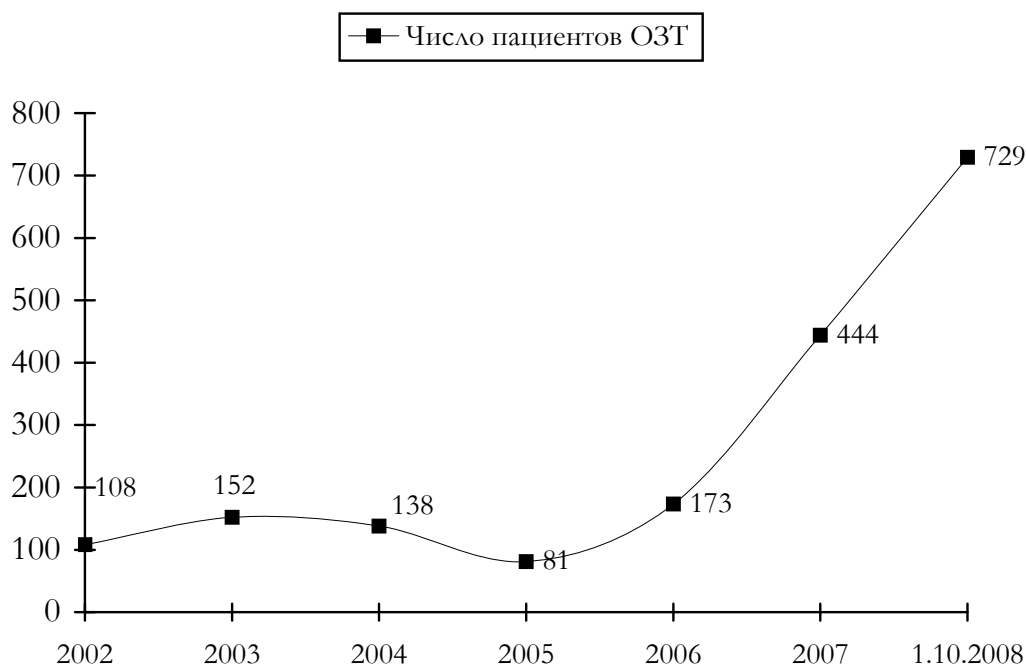
В 2008 г. дополнительно открылись 5 новых центров по предоставлению услуг по лечению от наркотической зависимости: 3 в Центрах семейной медицины Аламединоского,

Сокулукского и Московских районов, 1 в Центре семейной медицины в Бишкеке (№ 6), а также 1 в центре по предоставлению лечения от наркотической зависимости в колонии № 47 (Эсенаманова А., 2008 г.).

На 1-октября 2008 г. в КР было всего 13 центров по предоставлению лечения от наркотической зависимости. К концу 2008 г. планировалось открытие двух новых центров по предоставлению лечения от наркотической зависимости в Центре СПИД г.Оша и в Центре семейной медицины в Карасуу.

Общее число пациентов в программе ОЗТ на 1-октября 2008 г. составило 729. Число пациентов показано в диаграмме 1 за период 2002-2008 гг. На сегодняшний день не существует списка пациентов, ожидающих включения в программу ОЗТ в центрах, по предоставлению лечения от наркотической зависимости (Эсенаманова А., 2008 г.).

**Диаграмма 1. Число пациентов опиоидной заместительной терапии метадонем в 2002-2008 гг.**



95 ВИЧ инфицированных пациентов (13%) входило в программу ОЗТ, 3 из них находятся на АРВ терапии (все в Бишкеке).

729 ПИН составили 13,5% всех официально зарегистрированных ПИН в КР (5386 в 2008) или 2,9% от оценочного числа ПИН (25000, Офис Регионального представительства ЮНОДК в Центральной Азии)

## **Организация поставки метадона центрам по лечению наркотической зависимости и финансирование программы**

Клинический протокол Заместительной поддерживающей метадоновой терапии был разработан Министерством здравоохранения в апреле 2008 г. (Министерство здравоохранения и Министерство юстиции, 2008). Он включает в себя требования для

фармацевтов по подготовке метадонового раствора. 0.1 % раствор метадона гидрохлорида готовится в лицензированных аптеках наркологического центра г. Бишкек и в Оше в фармацевтической фирме «Ош-Фарм-КА». Недельное количество метадонового раствора развозится в различные центры по лечению наркотической зависимости под наблюдением ответственного лица. Метадон хранится в сейфах медицинских учреждений, в помещениях, которые соответствуют критериям безопасности, установленным Министерством здравоохранения.

Метадон раздается пациентам на ежедневной основе и потребляется под наблюдением медсестры. Пациент расписывается в журнале после получения лечения. Клинический протокол также описывает требования взаимодействия учреждений здравоохранения под Министерством здравоохранения и в пенитенциарных учреждениях под Министерством юстиции по вопросу поставки препарата и перемещения пациентов между различными медицинскими учреждениями.

## **Финансирование программы ОЗТ**

В 2007 г. количество потребленного метадона составило 5516 граммов, а в 2006 г – 2837 граммов. Метадон импортируется как сырье (порошок) от фармацевтических компаний Словацкой Республики. В 2007 г. цена за 1 кг сырья метадона была 1200 \$ США (1 \$ США – 36 сомов). Средняя доза пациенту ОЗТ составляет 80 мг метадона в день – 0.1 \$ США, стоимость метадона за 1 год - 36 \$ США (Токубаев Р.,2008а). Стоимость первой линии АРТ для больного СПИДом примерно составляет 300 \$ США в год.

В настоящее время, ОЗТ в КР полностью финансируется ГФСТМ. Кыргызская Республика выиграла грант 7-раунда ГФСТМ, в рамках которого запланировано финансирование ОЗТ как минимум для 1500 пациентов в период 2009-2011 гг. (информация получена в ходе личного интервью).

## **Качество предоставления ОЗТ**

Клинический протокол по заместительной поддерживающей метадоновой терапии был принят Министерством здравоохранения в апреле 2008 г. (Министерство здравоохранения и Министерство юстиции, 2008). Клинический протокол описывает основные требования диагностики синдрома опиоидной зависимости, показания к ОЗТ, первоначальные и поддерживающие дозы метадона, требования по психосоциальной поддержке, завершение лечения, взаимодействие препаратов с метадоном и формы оценки эффективности лечения. Оптимальная доза метадона как указано в протоколе - выше, чем 60 мг в день и максимальная доза составляет 200 мг в день.

Пациент, желающий войти в программу ОЗТ, обычно оценивается врачом-наркологом. Официальное вхождение пациента в программу ОЗТ определяется ККД (Консультативным Комитетом Докторов). В связи с обеспечением географической доступности и расширением сети центров по лечению от наркотической зависимости, процесс принятия решения по включению в программу ОЗТ был децентрализован путем создания ККД в Центрах семейной медицины с вовлечением ответственного сотрудника Центра семейных врачей. Прием пациента, обычно, занимал не более чем 1-2 дня, но существует список требований, который необходимо выполнять. Эти требования соответствуют требованиям других стран. Зачастую, пациенты могут получить первую дозу метадона через несколько часов в первый же день.

Пациенты получают метадон ежедневно, включая выходные дни. По особому разрешению и с согласия члена семьи, возможна выдача метадона на 2 дня дополнительно в случае коротких

поездок. В связи с расширением сети центров по предоставлению услуг лечения от наркотической зависимости, расстояние ежедневных поездок пациентов значительно сократилось. У пациентов появился выбор центров по предоставлению лечения от наркотической зависимости, в которые они могут обратиться. В случае поездок внутри страны, возможна организация получения метадона пациентом в ближайшем центре по лечению от наркотической зависимости.

Режим работы центров по предоставлению лечения от наркотической зависимости с 08.00 до 13.00, что позволяет пациентам получать препараты либо до работы, или во время обеденного перерыва.

Дополнительно к тому, что предоставляется ОЗТ, врач-нарколог направляет ИПН на ВИЧ тестирование (бесплатное) в СПИД Центры. Тестирование на гепатит С было доступным за счет финансирования на проектной основе. Также существует система направления в стационарные отделения в наркологические больницы/центры для получения детоксификации. В ходе исследования было установлено, что сотрудники не всегда были осведомлены о наличии налоксона для предотвращения передозировки у пациентов, не получавших лечения метадонем. Социальные работники, которые осуществляют свою деятельность в команде с наркологами, были в большей степени вовлечены в оказание помощи в получении личных документов и их регистрации, а так же в оказании содействия для получения медицинской помощи в Центрах семейной медицины (ЦСМ). Создание центров по предоставлению услуг по лечению от наркотической зависимости при ЦСМ предоставило готовую инфраструктуру и потенциал для развития модели «совместного оказания помощи» со стороны наркологов и семейных врачей. Так как определенное количество пациентов-ИПН обычно болеют гепатитом В и С, ВИЧ, ТБ и ИППП, доступность интегрированной модели «совместного оказания помощи» в клиниках семейной медицины выглядит особенно много обещающей.

АРВ терапия, в основном предоставляется национальным и городским СПИД центрами, или через семейных врачей в отдаленных местностях на бесплатной основе. АРВ терапия финансируется за счет средств ГФСТМ. Было запланировано открытие центров по предоставлению услуг по лечению наркотической зависимости в Ошском городском СПИД центре до конца 2008 г. для интеграции услуг по предоставлению лечения ВИЧ и наркотической зависимости в Ошской области, где зарегистрированы приблизительно 50% ВИЧ позитивных случаев. Данная программа по комплексному предоставлению ОЗТ и оказанию помощи при ВИЧ в одном учреждении могла бы послужить в качестве другой подающей надежды модели по предоставлению интегрированных услуг для ИПН.

Сотрудники, предоставляющие ОЗТ как в специализированных, так и в центрах по лечению наркотической зависимости находящиеся в центрах семейной медицины, наняты на работу с учетом командного подхода и включают следующих специалистов: наркологов, медсестер, социальных работников и психологов или психотерапевтов. Данный штат сотрудников, в случае необходимости также направляет пациентов в НПО для получения психологической или правовой помощи. К примеру, на протяжении ряда лет НПО «Адилет» предоставляет высокопрофессиональную правовую поддержку.

Во время дискуссий в фокус группах в центрах по лечению наркотической зависимости, пациенты ОЗТ отметили что, врачи назначали соответствующие дозы ОЗТ, варьирувавшиеся от 20 мг до 160 мг в день в зависимости от клинического состояния пациента. Пациенты также отметили что, программы ОЗТ предоставляли комплексные услуги, включая психосоциальную поддержку. Мультидисциплинарный штат врачей-наркологов, медсестер, социальных работников, и психотерапевтов был укомплектован в большинстве центров по лечению наркотической зависимости, которые посетила миссия и

было отмечено дружелюбное отношение персонала к пациентам. Пациенты указали на то, что обычной процедурой при появлении опиоидов в моче пациента в ходе проведения скрининга является изменение дозы препарата врачом и проведение психосоциального консультирования.

К 2008 г. 93 сотрудника, работало полный рабочий день в программе ОЗТ в разных городах Кыргызской Республики. В том числе: 19 психиатров-наркологов, 6 психологов-психотерапевтов, 15 медсестер, 11 соопработников, 14 консультантов, 3 фармацевта, 9 аутрич работников. Все вакансии финансировались за счет средств ГФТСМ.

Республиканский наркологический центр отслеживает пациентов программы ОЗТ внутри страны путем сбора данных о пациентах в центрах по лечению наркотической зависимости по телефону на еженедельной основе, а также путем учета количества потребленного метадона. Пока не проводилось изучение специфических последствий, и не проводилась оценка самого процесса предоставления ОЗТ в Кыргызской Республике.

## **ОЗТ в пенитенциарной системе**

В августе 2008 г. было начат пилотный проект в колонии № 47 по предоставлению метадона опиоидно-зависимым заключенным. Исправительное учреждение № 47 также является центральной больницей для пенитенциарной системы в Кыргызской Республике. В общем, в колонии проживают приблизительно 400 заключенных. Некоторые заключенные работают по техническому обслуживанию пенитенциарного учреждения, а также предоставляют услуги больнице колонии.

В отремонтированном помещении колонии был создан медицинский центр для предоставления метадоновой заместительной терапии, где, начиная с 8-августа 2008 г. по 15-октября 2008 г. 40 пациентов получали ОЗТ метадоном. Три пациента бросили лечение. 1 пациент был переведен в другую колонию, 1 прекратил лечение в связи с проявлением побочных эффектов и 1 умер, вероятнее всего из-за острого приступа астмы через день после получения первой дозы метадона (20 мг). Это произошло в связи с инцидентом в другой колонии, где были убиты два сотрудника службы охраны. В этой связи, все должностные лица остальных колоний были выведены за пределы учреждений, и из-за этого случая в тот день ни один врач не был в колонии № 47, который смог бы оказать помощь больному астмой.

Центр по лечению наркотической зависимости в данной колонии предоставляет детоксификацию, психосоциальное лечение без применения медикаментов (программа «Атлантис») и метадоновую заместительную терапию. Также, в колонии работает программа по обмену игл и шприцев (также как и во всех других исправительных учреждениях).

Все пациенты метадоновой программы ОЗТ являются амбулаторными больными, и все они работают в исправительном учреждении. В проекте по ОЗТ метадоном не было пациентов принятых из больницы колонии. Причиной тому являлось то, что заключенные остаются в больнице только до конца курса лечения, а после переводятся в другие пенитенциарные учреждения. Такие заключенные-пациенты не подходили для участия в программе, т.к не могли продолжить ОЗТ, в связи с тем, что метадон не доступен в других исправительных учреждениях. Была некоторая задержка в принятии новых пациентов в метадоновый проект ОЗТ, в связи с отсутствием тестов для проведения анализов мочи, определяющих потребление незаконных наркотиков. Одним из требований принятия в проект является положительный результат анализов мочи на опиаты. Минимум 10 новых заключенных ожидали, чтобы начать лечение.

Пациенты принимались в программу ОЗТ в том случае, если нарколог определял, что они соответствуют условиям программы для участия в проекте и подходили по критериям клинического протокола (Министерство здравоохранения, Министерство юстиции, 2008 г.). Все пациенты, участвовавшие в проекте, прошли тренинг о риске потребления других наркотиков, побочных действиях и получили информацию о метадоне. Начальная доза составляла 20 мг с последующим увеличением на 5 мг в случае необходимости. Многие пациенты получали 30 мг в день. Самая высокая доза на тот момент составила 60 мг в день.

Во время оценочной миссии, для команды не оказалось возможным встретиться и получить интервью у заключенных, получающих метадон. Члены команды встретились с сотрудниками проекта, а также лицами, вовлеченными в исследование по проведению оценки результатов проекта. Оценщики также посмотрели формы, использовавшиеся для мониторинга и оценки результатов лечения. Все формы были использованы правильно. Заполненные формы были отправлены в ВОЗ для введения данных в компьютер и для последующего проведения статистического анализа. Согласно дизайну исследования по оценке результатов лечения, все пациенты ОЗТ метадоном должны быть проинтервьюированы, с использованием оценочных форм вначале проекта, через 3 и 6 месяцев после начала ОЗТ. В рамках исследования запланировано охватить 100 пациентов, которые должны находиться в программе как минимум 6 месяцев, что позволило бы провести существенную статистическую обработку для получения научно обоснованных результатов.

Все проводимое лечение представлено в соответствии с Национальным клиническим протоколом. Штат сотрудников, оказался высоко мотивированным и хорошо обученным для предоставления ОЗТ. Спектр разных услуг для ПИН, такие как дотоксификация, лечение без медикаментов в программе «Атлантис», ОЗТ метадоном и меры по снижению вреда путем предоставления новых шприцев/игл явилось отличным примером предоставления спектра различных вмешательств потреблению наркотиков в пенитенциарных учреждениях и является потенциалом для подбора индивидуального подхода к разным группам потребителей наркотиков.

Во время миссии, оценщики были осведомлены о проведении криминального расследования в Оше в связи с обвинением медсестры наркологического центра в продаже метадона потребителям наркотиков. К сожалению, не было возможным добавить развернутую информацию об этом случае в данный отчет.

## **Выводы и рекомендации по развитию ОЗТ в Кыргызской Республике**

Благодаря устойчивым и скоординированным усилиям Правительства КР, ООН, международных и местных НПО, программа по ОЗТ существенно расширилась за период 2006-2008 гг. Число центров по лечению наркотической зависимости, предоставляющих ОЗТ метадоном возросло от 2 в 2006 г. до 13 в 2008 г. Число ИПН в программе ОЗТ возросло за два года в пять раз от 145 в октябре 2006 г. до 729 в октябре 2008 г.

Страна создала децентрализованную систему предоставления ОЗТ как в специализированных учреждениях, так и в Центрах семейной медицины. ОЗТ предоставляется комплексно командой специалистов, которым оказывается внешняя поддержка, со стороны НПО. Предоставление ОЗТ через центры семейной медицины предоставило потенциальные возможности дальнейшей интеграции лечения наркотической зависимости с семейной медициной и дальнейшего уменьшения стигмы по отношению к ИПН.



Страна разработала клинический протокол по ОЗТ для работников лечебно-профилактических организаций, как Министерства здравоохранения, так и Министерства юстиции. Пилотный проект по ОЗТ метадоном был внедрен в пенитенциарном учреждении № 47. В данном учреждении, ОЗТ предоставляется наряду с детоксификацией для ИПН, программой по психосоциальному лечению без использования медикаментов и программой снижения вреда по обмену игл/шприцев для предотвращения распространения ВИЧ/СПИД. Спектр различных вмешательств повышает возможности для индивидуализированного подхода к разным группам потребителей наркотиков.

В то же время, только 13,5% зарегистрированных потребителей героина и 2,9% от оценочного числа потребителей инъекционных наркотиков охвачены ОЗТ. Таким образом, ОЗТ все еще носит ограниченный доступ, и влияние ОЗТ в профилактике ВИЧ среди ИПН до сих пор не выявлено полностью.

*Для расширения ОЗТ и его влияния на распространение ВИЧ инфекции в Кыргызской Республике рекомендуется нижеследующее:*

8. Должны продолжаться усилия для расширения дальнейшего доступа ИПН в Кыргызской Республике для повышения воздействия на профилактику ВИЧ, гепатита В и С, ТБ и ИППП. Рекомендуется в дальнейшем расширить программу ОЗТ в Центрах семейной медицины с повышением потенциала имеющегося штата сотрудников.
9. Комплексное оказание медицинской помощи должно быть доступно на постоянной основе в учреждениях здравоохранения, включая профилактику инфекционных заболеваний, уход и психосоциальную поддержку. Налоксон должен быть доступным в центрах по лечению наркотической зависимости для предотвращения смертельных исходов от опиоидной передозировки у пациентов, которые не охвачены ОЗТ. Тестирование на гепатит С среди всех пациентов должно продвигаться на добровольной основе.
10. Сотрудничество центров по лечению наркотической зависимости с группой семейных врачей должно быть усилено путем поощрения пациентов на получение услуг в Центрах семейной медицины. Вовлечение НПО в предоставление социальной и юридической помощи для пациентов ОЗТ должно производиться на продолжительной основе на всех уровнях.
11. Повышение потенциала сотрудников программы ОЗТ, групп семейных врачей и специалистов по инфекционным заболеваниям должно включать систему предоставления базового тренинга, а также непрерывного обучения по ОЗТ. В связи с этой целью, рекомендуется разработать модуль тренинга для мультидисциплинарного штата сотрудников программы. Тренинг необходимо проводить силами национальных экспертов.
12. План по мониторингу и оценке для отслеживания результатов лечения должен быть разработан в стране. Мероприятия по мониторингу и оценке должны быть частью программы ОЗТ на постоянной основе, как это указано в клиническом протоколе. В целях проведения мониторинга должен быть разработан несложный инструмент сбора информации, основанный на уже разработанных доступных методологиях для отслеживания динамики потребления наркотиков, состояния здоровья, социальной интеграции и рискованного поведения пациентов программы.

13. Рекомендуется завершить проведение исследования по оценке результатов пилотного проекта ОЗТ в пенитенциарном учреждении № 47 путем сравнения ряда индикаторов вначале проекта, а также через 3 и 6 месяцев. Основываясь на результатах оценки пилотного проекта ОЗТ, рекомендуется принять во внимание расширение программы ОЗТ в пенитенциарной системе.
14. Рекомендуется разработать стратегию по распространению информации об ОЗТ среди представителей правительства, должностных лиц правоохранительных органов и работников системы здравоохранения во избежание неправильного представления об ОЗТ на всех уровнях.

## Библиография

Асанов Т.. (2005), Отчет о программах заместительного лечения к Кыргызской Республике (неопубликованный документ);

Агентство по контролю наркотиков, Министерство здравоохранения, 2007 г., «О расширении метадоновой поддерживающей программы опиоидной зависимости в г. Бишкек и Чуйской области», Приказ Агентства по контролю наркотиков (от 14.02.2007 № 237) и Министерства здравоохранения (от 8.02.2007 № 56);

ЕЦМНН (2008). 2008 Ежегодный отчет: положение проблемы потребления наркотиков в Европе (на англ.), Лиссабон, ноябрь 2008 г (<http://www.emcdda.europa.eu/>);

Гоувинг Л., Фаррел М., Борнеманн Р., Али Р., (2004), Заместительное лечение инъекционных потребителей опиоидов для предотвращения ВИЧ инфекции (Кохрейновский обзор) (на англ.), База данных Кохрейна по систематическим обзорам, 2004, выпуск 4, Чичестер, Лондон: John Wiley and Sons Ltd;

Эсенаманова А., (2008), Обзор опиоидных заместительных программ метадоном в Кыргызской Республике на 1-октября, 2008 г. (неопубликованный документ);

Кастелик А., Понт Дж., Стовер Х. (2008), Опиоидное заместительное лечение в местах лишения свободы (на англ), Vis-Verlag der Carl von Osietzky Universotat Oldenburg;

Лоуринсон П., Али Р., Буавират А. (2008), Основные выводы совместного исследования ВОЗ по заместительной терапии опиоидной зависимости и ВИЧ/СПИД. Зависимость, 103, 1484-1492;

Маттик Р., Брин С., Каймбер Дж., Даволи М (2003), Метадоновая поддерживающая терапия против без опиоидно заместительной терапии при опиоидной зависимости, (периодический обзор Кохрейн) (на англ.), База данных Кохрейна по систематическим обзорам, 2003, выпуск 2, Чичестер, Лондон: John Wiley and Sons Ltd;

Министерство здравоохранения, Министерство юстиции (2008), заместительная поддерживающая терапия метадоном при опиоидно зависимом синдроме. Клинический протокол для организаций здравоохранения Министерства здравоохранения и Министерства юстиции, г. Бишкек;

Республиканское Объединение «СПИД» (2008), Информация для Министерства здравоохранения по ВИЧ инфекции и СПИД в КР на 1-декабря, 2008 г. (неопубликованный документ);

Субата Э., Пхакадзе Г. (2006), Оценка пилотной программы по метадоновому поддерживающему лечению в КР, Бишкек, (неопубликованный документ);

Токубаев Р. (2008а), Опыт внедрения опиоидной заместительной терапии в Кыргызстане, (неопубликованный документ);

Токубаев Р. (2008а), Доступ к лечению от наркотической зависимости в КР, (неопубликованный документ);

Офис Регионального представительства ЮНОДК в Центральной Азии (2007), Сборник статистики по наркопотреблению 1996-2007 (на англ.), документ просмотрен 8-декабря, 2008 г., [http://www.unodc.org/uzbekistan/en/library\\_and\\_links.html](http://www.unodc.org/uzbekistan/en/library_and_links.html);

Офис Регионального представительства ЮНОДК в Центральной Азии (2007), Сборник статистики по наркопотреблению 1997-2008 (на англ.), просмотрен 8-декабря, 2008 г., [http://www.unodc.org/uzbekistan/en/library\\_and\\_links.html](http://www.unodc.org/uzbekistan/en/library_and_links.html);

ЮНОДК (2008), Лечение от наркотической зависимости: мероприятия для потребителей наркотиков в исправительных учреждениях (в прессе);

ВОЗ (1998), Принципы предотвращения распространения ВИЧ инфекции среди потребителей наркотиков. Европейское Региональное Бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, документ просмотрен 8-декабря, 2008 г., [http://whqlibdoc.who.int/euro/1998-99/EUR\\_ICP\\_LVNG\\_02\\_06\\_01.pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1998-99/EUR_ICP_LVNG_02_06_01.pdf);

ВОЗ (2004a), Практика и ситуация по фармакотерапии опиоидной зависимости в Центральной и Восточной Европе (на англ.), Женева, документ просмотрен 8-декабря, 2008 г., [www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html);

ВОЗ (2004b), Неврология и потребление психоактивных веществ. Краткое изложение. Женева, документ просмотрен 8-декабря, 2008 г., [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/psychoactives/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html);

ВОЗ (2004c, 2004 a), Предложение включения метадона в модельный список основных препаратов ВОЗ, документ просмотрен 8-декабря, 2008 г., [http://www.who.int/entity/substance\\_abuse/activities/methadone\\_essential\\_medicines.pdf](http://www.who.int/entity/substance_abuse/activities/methadone_essential_medicines.pdf);

ВОЗ (2004d), Предложение включения бупренорфина в модельный список основных препаратов ВОЗ, документ просмотрен 8-декабря, 2008 г., [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/buprenorphine\\_essential\\_medicines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/buprenorphine_essential_medicines.pdf)

ВОЗ (2005a), Эффективность лечения от наркотической зависимости в предотвращении распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, документ просмотрен 8-декабря, 2008 г., [www.who.int/hiv/pub/idu/idu/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu/en/index.html);

ВОЗ (2005b), XIV издание Списка основных препаратов ВОЗ, Женева. Документ пересмотрен 8-декабря, 2008 г., [http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_eng.pdf)

ВОЗ (2005c), Ситуация в исправительных учреждениях, наркотики и снижение уязвимости, документ просмотрен 8-декабря, 2008 г., [www.euro.who.int/document/e85877.pdf](http://www.euro.who.int/document/e85877.pdf);

ВОЗ (2005d), Эффективность лечения от наркотической зависимости в предотвращении распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, документ просмотрен 8-декабря, 2008 г., [www.who.int/hiv/pub/idu/idupub/en/](http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupub/en/);

ВОЗ/ЮНОДК/ЮНЭЙДС (2004), Заместительная поддерживающая терапия в управлении опиоидной зависимости и профилактике ВИЧ/СПИД, документ просмотрен 8-декабря, 2008 г., [www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html);

ВОЗ (2007), Здоровье в исправительных учреждениях. Руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы,  
<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf> (на англ) или  
<http://www.euro.who.int/Document/E90174R.pdf> (на русском)

## Приложение 1

### Список встреч оценочной миссии ВОЗ в Кыргызской Республике

Дата: 13 – 17 October, 2008

1. Д-р Осмон Молдокулов, Руководитель Странового офиса ВОЗ в Кыргызстане;
2. Г-н Марат Мамбетов, Министр здравоохранения Кыргызской Республики
3. Г-н Борис Димитров, Советник Министра здравоохранения Кыргызской Республики;
4. Д-р Динара Сагынбаева, Руководитель Главного управления организации медицинской помощи и лицензирования Министерства здравоохранения КР;
5. Д-р Елена Кухранова, Эксперт по исправительным учреждениям, старший специалист Главного управления организации медицинской помощи и лицензирования Министерства здравоохранения КР;
6. Г-н Руслан Токубаев, Директор Республиканского центра наркологии;
7. Г-жа Татьяна Борисова, Заместитель Директора Республиканского центра наркологии и старший нарколог Министерства здравоохранения;
8. Г-жа Айнура Эсенманова, нарколог Республиканского центра наркологии
9. Г-н Тимур Исаков, руководителю отдела контроля законного оборота и профилактики Агентства по контролю наркотиков;
10. Г-н Марат Жаманкулов, Руководитель отдела реформирования Министерства юстиции КР;
11. Г-н Калыкбек Насбеков, Руководитель ГУИН Министерства юстиции;
12. Г-н Жакшылык Токтосунов, и.о. Руководителя медицинского отдела ГУИН МЮ КР;
13. Д-р Эркин Бакиев, Заместитель Генерального Директора Республиканского Центра СПИД, МО КР;
14. Г-н Мирлан Мамыров, Национальный Координатор проекта ЮНОДК по ВИЧ/СПИД;
15. Г-н Талгат Субанбаев, Менеджер Программы ГФСТМ, компонент СПИД;
16. Г-жа Наталья Шумская, Менеджер Фонда СПИД Восток Запад;
17. Г-ну Болоткану Сыдыканову, Национальному координатору Центральноазиатской региональной программы по ВИЧ/СПИД фонда Сорос;
18. Г-жа Зулайка Эсенаева, Ассистент программ общественного здравоохранения, Фонда Сорос Кыргызстан;
19. Г-н Игорь Олийник, консультант программ здравоохранения, сектор человеческого развития, Международный банк реконструкции и развития
20. Г-жа Айнура Кадыралиева, национальный координатор проекта по контролю СПИД в Центральной Азии;
21. Г-н Эрик Ирискулбеков, юрист правовой клиники «Адилет»;
22. Г-н Сергей Ужаловский, Директор НПО «Позитивная инициатива»;
23. Г-жа Батма Эстебесова, Руководитель НПО «Социум»;
24. Д-р Дамира Акматова, главный нарколог, исправительного учреждения № 47
25. Г-н Шахридин Таджибаев, нарколог, исправительного учреждения № 47
26. Г-жа Роза Джайлова, психиатр-нарколог, исправительного учреждения № 47
27. Фокус группы/пациенты метадоновой заместительной терапии