



**Опиоидная заместительная терапия в некоторых странах
Восточной Европы и Центральной Азии**

Олег Айзберг

Евразийская сеть снижения вреда (EHRN)

Кафедра психиатрии и наркологии

Белорусская медицинская академия последипломного образования (г. Минск)

Ноябрь 2008



Данный отчет подготовлен Олегом Айзбергом для Учебно-информационного центра по снижению вреда Евразийской сети снижения вреда (EHRN) по заказу Международного общества по борьбе со СПИДом (IAS).

Евразийская сеть снижения вреда (ECCB – The Eurasian Harm Reduction Network / EHRN)), ранее известная как Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы (the Central and Eastern European Harm Reduction Network), является региональной сетью, миссия которой заключается в поддержке, развитии и популяризации подхода снижения вреда в области употребления наркотиков, ВИЧ-инфекции, общественного здоровья и социальной изоляции в соответствии с принципами гуманизма, толерантности, партнерства и уважения прав и свобод человека. В настоящее время членами Сети являются порядка 300 человек и организаций из 27 стран Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии.

Более подробная информация опубликована на сайте ECCB: www.harm-reduction.org.

Представленные ниже мнения и взгляды являются результатом совместных исследований и не обязательно совпадают с мнениями и взглядами Евразийской сети снижения вреда и Международного общества по борьбе со СПИДом.

Благодарности

Евразийская сеть снижения вреда и Международное общество по борьбе со СПИДом благодарят автора отчета Олега Айзберга и рецензентов Раминту Стуйките и Эмилиса Субату.

Введение

До середины 1990-х годов в странах Восточной Европы и Центральной Азии уровень употребления опиатов был низким. В большинстве случаев их изготавливали в домашних условиях из опийного мака и употребляли инъекционно (внутривенно). Часть потребителей использовала опиаты медицинского происхождения (морфин, омнопон, кодеин). В 1995–1997 годах на черных рынках странах Восточной Европы и Центральной Азии появилось большое количество героина, цена на который постепенно падала, что делало его все более доступным для молодых людей с относительно низкими доходами. В настоящее время потребители опиатов составляют 80–90% от общего числа зарегистрированных (обратившихся за помощью в лечебные учреждения) потребителей наркотиков.

Практически во всех странах постсоветского пространства система наркологического лечения финансируется за счет государства и включает стационарные и амбулаторные медицинские учреждения, а также организационные структуры и структуры, занимающиеся сбором данных. Значительная часть центров проводит лечебные программы, ориентированные на полное воздержание от наркотиков. В некоторых из них реализуются программы снижения вреда от употребления наркотиков: обмен шприцев и заместительная терапия метадонном. На протяжении последних лет в Восточной Европе и Центральной Азии инъекционное употребление наркотиков сопровождалось ростом заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

В 2005 году ВОЗ включила метадон и бупренорфин в Перечень основных лекарственных средств для лечения опиоидной зависимости [1]. Включение этих препаратов стало результатом многочисленных исследований, доказавших, что заместительная терапия (ЗТ) метадонном и бупренорфином приводит к улучшению психического и физического здоровья, повышению качества жизни и снижению рисков, связанных с инъекционным употреблением наркотиков. Данные исследования были проведены в странах с различными социально-экономическими условиями и системами наркологической помощи и показали безопасность и эффективность заместительной терапии метадонном / бупренорфином [2].

По некоторым оценкам, в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии проживает более 3,7 миллионов потребителей инъекционных наркотиков (в основном, опиоидов) (UN Reference Group on HIV Prevention among IDUs, 2008). В данной социальной группе наблюдается высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции и гепатита С. В большинстве стран региона 50-85% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции

приходится на парентеральный путь передачи (UNAIDS, 2008; IHRD, 2008). При этом, охват профилактическими мероприятиями потребителей инъекционных наркотиков остается крайне низким – в среднем, менее 10 %, но в некоторых странах (например, в России) он не превышает и 2 % (UN Secretary General 2006; Bayern 2006). Впервые анализ ситуации в регионе, связанной с развитием заместительной терапии, был проведен в 2003 году группой экспертов в составе Э. Субаты, А. Кастелич, Т. Забранского.

Целью данного отчета является рассмотрение вопросов, обусловленных внедрением заместительной терапии (ЗТ) в девяти странах постсоветского пространства: Беларуси, Украине, Литве, Грузии, Кыргызстане, Казахстане, России, Таджикистане и Узбекистане. Отчет был подготовлен Евразийской сетью снижения вреда (ЕССВ) по заказу Международного сообщества по СПИДу в октябре 2008 года.

Таблица 1. Ситуация с заместительной терапией в девяти странах Восточной Европы и Центральной Азии

Государство	Год введения ЗТ	Количество центров, где проводится ЗТ	Количество пациентов на ЗТ	Количество потребителей инъекционных наркотиков*	Финансирование
Беларусь	2007	1	50	45 842	Глобальный фонд
Украина	2004	38	1956	400 000	Глобальный фонд, Фонд Клинтона
Литва	2005	14	410	8 500	Система обязательного медицинского страхования
Грузия	2005	3	455	12 420	Глобальный фонд, государственная программа
Кыргызстан	2002	7	735	44 398	Глобальный фонд
Узбекистан	2006	1	140	40 000	Глобальный фонд
Казахстан	ЗТ отсутствует, приказ Министерства здравоохранения о реализации пилотного проекта ЗТ 2002 года.				
Российская Федерация	ЗТ не применяется, законодательно не разрешена.				
Таджикистан	ЗТ не применяется, но планируется ее введение в 2009 году.				

Во всех странах, где применяется ЗТ, проводилась или в настоящее время проводится оценка эффективности этой программы. Наиболее тщательная оценка была проведена в Литве в рамках мультицентрового исследования ВОЗ [3]. Данное исследование показало эффективность программы ЗТ с точки зрения снижения частоты инъекционного

* * Источники: IHRD; Harm Reduction Developments, 2008

употребления наркотиков, криминальной активности наркозависимых, рисков, связанных с инъекционным употреблением наркотиков, а также улучшения состояния здоровья потребителей инъекционных наркотиков.

Основными достижениями программы ЗТ являются: финансирование из госпрограммы (в Литве и Грузии), начало реализации в системе пенитенциарных учреждений (Кыргызстан), взаимодействие с программами лечения ВИЧ-инфекции (поддержка приверженности пациентов программ антиретровирусной терапии). Случаи выхода метадона на «черный рынок» крайне редки.

Основные сложности в процессе внедрения и расширения ЗТ были связаны с оформлением документов для закупки и ввоза метадона. Другими сложностями были слабая информированность специалистов и общественности в начале проведения программ и негативная реакция некоторых сотрудников правоохранительных органов. Существует значительный дефицит литературы по заместительной терапии на русском языке.

Основными мероприятиями, которые необходимо провести для улучшения ситуации с ЗТ, являются: расширение показаний к ЗТ, увеличение информированности врачей и общественности по вопросам ЗТ, предоставление ЗТ врачами общей практики, включение информации о ЗТ в курс додипломного и постдипломного образования врачей, проведение кампаний по дестигматизации наркозависимых пациентов.

Беларусь

Ситуация с заместительной терапией

Попытки внедрить программу ЗТ в Беларуси предпринимались с 2000 года по инициативе сотрудников наркологических учреждений, Белорусской психиатрической ассоциации и местного офиса UNDP.

В сентябре 2007 года заместительную терапию метадонотом начали применять в Гомельском областном наркологическом диспансере [4, 5]. Подготовка к реализации программы включала оснащение помещений, обучение персонала, закупку оборудования по выявлению наркотических и психотропных препаратов в моче, издание методических рекомендаций по применению ЗТ метадонотом, рассчитанных как на врачей, так и на пациентов. Был разработан следующий алгоритм отбора участников для программы ЗТ: 1) осмотр специалистами поликлинического отделения наркологического диспансера всех обратившихся; осмотр и принятие решения заведующим диспансерным отделением о

направлении пациента на врачебно-консультативную комиссию (ВКК) по проведению ЗТ; 2) лабораторное обследование; 3) осмотр и принятие решения ВКК по проведению ЗТ.

После предоставления пациенту всей необходимой информации и получения информированного согласия на участие в программе с ним заключается так называемый терапевтический контракт. Далее врач диспансерного отделения направляет пациента на госпитализацию. На стационарном этапе купируется состояние отмены и подбирается поддерживающая доза метадона. Критериями выписки из стационара на амбулаторное лечение являются упорядоченное поведение пациента, отсутствие синдрома отмены опиоидов, субъективное ощущение психического и физического комфорта. Амбулаторный прием метадона происходит под наблюдением нарколога. Максимальная доза метадона составляет 160 мг, минимальная – 60 мг, средняя – 100 мг. Стоимость 1000 мг метадона – 180 USD¹.

В настоящее время заместительную терапию получают 50 человек, всего в программе находились 67 человек. Отслежен катамнез пациентов: 1 человек умер от СПИДа, 2 человека осуждены к лишению свободы, 6 человек отказались от проведения ЗТ. За время проведения программы были исключены 3 пациента: 1 – за грубые нарушения режима поведения в отделении, 1 – за постоянный прием наркотиков и алкоголя, 1 – за попытку выноса метадона для последующей реализации. Из 50 человек, получающих ЗТ, 15 – женщины. 20 пациентов, получающих ЗТ, имеют постоянное место работы, причем 14 из них устроилось на работу во время участия в программе ЗТ. Из 50 пациентов у 20 диагностирована ВИЧ-инфекция (6 человек получают АРВ-терапию). 5 человек получают противотуберкулезную терапию, 1 человек – лечение гепатита С за счет средств Глобального фонда. Большинство пациентов с момента начала терапии прекратили прием «уличных» наркотиков в виде инъекций (опиоидов, амфетаминов) и психотропных средств (бензодиазепинов), что подтверждалось еженедельными анализами мочи. Часть пациентов продолжала употреблять наркотические вещества, но при этом было достигнуто значительное снижение частоты употребления – от ежедневного до одного раза в неделю. Кроме этого, некоторые пациенты эпизодически употребляли алкоголь и безрецептурные лекарственные средства, содержащие барбитураты («Корвалол», «Валокордин»). Большинство пациентов сообщили о нормализации жизненного режима (появилось время и на работу, и на семью, и на отдых) и улучшении качества жизни.

¹ Здесь и далее указана цена, по которой организатор заместительной терапии в стране покупает метадон или бупренорфин у фирмы-производителя.

Регуляция проведения программы ЗТ

Законодательной основой проведения в Беларуси заместительной терапии метадонотом являются 2 документа:

1. Постановление Министерства здравоохранения (МЗ РБ) № 31 от 16.09.2005 года «Об утверждении Инструкции о порядке проведения заместительной терапии метадонотом в Гомельском областном наркологическом диспансере лицам с наркотической зависимостью больным СПИД в рамках исполнения проекта международной технической помощи «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь».
2. Приказ МЗ РБ № 718 от 04.09.2007 года «О реализации в Гомельском областном наркологическом диспансере пилотного проекта по применению заместительной терапии лицам с наркотической зависимостью в рамках исполнения проекта международной технической помощи "Профилактика и лечение ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь"».

В качестве критериев включения пациентов в программу ЗТ метадонотом утверждены: установленный диагноз зависимости от опиоидов, систематическое употребление опиоидов инъекционным путем, длительность заболевания более двух лет, две и более безуспешные попытки лечения, ориентированного на воздержание от наркотиков, возраст старше 18 лет, наличие ВИЧ-инфекции или диагноз СПИД.

Основные особенности

Существует ряд проблем, обусловленных формальной организацией ввоза метадона в страну, опасениями со стороны региональных служб здравоохранения и фармацевтических учреждений. На первоначальном этапе наблюдалось повышенное внимание сотрудников правоохранительных органов к программе ЗТ. В то же время, в средствах массовой информации высказывалось, в основном, положительное мнение о ЗТ. Звучали требования общественных организаций и отдельных лиц (родственников наркозависимых) о включении в терапию наркозависимых, не имеющих ВИЧ-инфекции. Значительно осложняли проведение самой программы отсутствие четкого плана оценки эффективности, а также отсутствие психотерапевтической помощи и социальной поддержки клиентов ЗТ. Серьезной проблемой является невозможность выдачи метадона на несколько дней для приема в домашних условиях.

Таблица 2. Заместительная терапия в Беларуси и Украине

	Беларусь	Украина
ВИЧ-положительные пациенты	20 (40%)	1001 (51%)
ВИЧ-положительные пациенты, получающие АРВ-терапию	6 (12%)	239 (12%)
Пациенты, получающие противотуберкулезное лечение	5 (10%)	280 (14%)
Всего пациентов	50	1956

Украина

Ситуация с заместительной терапией

Впервые ЗТ бупренорфином была начата в виде пилотного проекта в 2004 году в Херсоне, а затем в Киеве (финансирование проекта осуществлялось сначала UNDP, с 2005 года – Глобальным фондом) [6]. В 2007 года началось расширение доступа к ЗТ бупренорфином за счет увеличения количества вовлеченных учреждений. ЗТ метадоном началась в Украине в июне 2008 года. В настоящее время ЗТ метадоном и бупренорфином проводится в наркологических учреждениях, СПИД-центрах и в туберкулезных диспансерах. Зарегистрированы: метадон – в растворе и в таблетках, бупренорфин – в сублингвальных таблетках в дозе 2, 4, и 8 мг. Стоимость месячного лечения бупренорфином (исходя из дозы 14 мг/сут) составляет 100 USD, метадоном (исходя из дозы 100 мг/сут) – 8 USD. Заместительная терапия проводится в 38 учреждениях в 24 областях Украины. На ЗТ бупренорфином находятся 841 человек, на ЗТ метадоном – 1115 человек, всего на ЗТ находятся 1956 пациентов [7, 8]. Из всех пациентов заместительной терапии 1001 – ЛЖВ, 1036 – больны гепатитами В или С, 280 – туберкулезом, 239 получают АРВ-терапию. Средняя доза метадона составляет 65 мг (15–270 мг), средняя доза бупренорфина 10 мг (2–28 мг). Средний возраст пациентов – 34,4 лет, средний стаж употребления наркотиков - 13 лет. Финансирование ЗТ осуществляется Глобальным фондом и Фондом Клинтона; государство финансирует работу медицинского персонала. В учреждениях пенитенциарной системы ЗТ отсутствует.

Регуляция проведения ЗТ

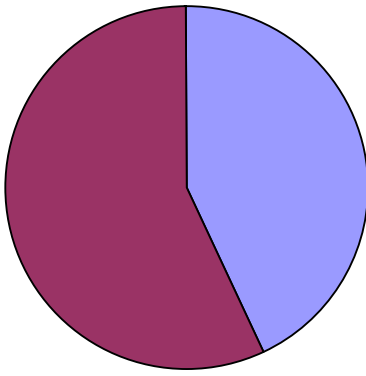
В апреле 2005 года издан приказ Министерства здравоохранения Украины о проведении пилотного проекта по ЗТ бупренорфином. В декабре 2006 года и летом 2007 года изданы приказы Министерства здравоохранения, регламентирующие ЗТ бупренорфином и метадоном: цели, места проведения, а также источники финансирования программы. Методические рекомендации были выпущены Всеукраинской наркологической ассоциацией в виде двух протоколов: для ЗТ бупренорфином и ЗТ метадоном. Эти рекомендации определяют роль различных специалистов в проведении ЗТ, систему оценки состояния клиента, дозирование препаратов, условия исключения пациентов из программы ЗТ. Часть документа посвящены специфическим нуждам пациентов с ВИЧ-инфекцией, гепатитом В и С и беременным женщинам. В Министерстве здравоохранения функционирует рабочая группа по проведению ЗТ. Для включения в программу ЗТ необходимо, чтобы пациент соответствовал хотя бы одному из следующих критериев: употребление наркотиков – не менее трех лет, минимум две безуспешные попытки лечения на протяжении последнего года, ВИЧ-инфекция, необходимость противотуберкулезной терапии, беременность, гепатит В или С, септическое состояние, онкологическое заболевание. Принятие в программу ЗТ при наличии других, не указанных выше показаний, может осуществляться по решению междисциплинарной комиссии.

Основные особенности

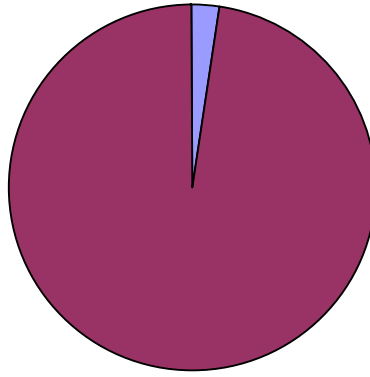
Украина участвовала в проведении исследования ВОЗ по эффективности ЗТ в 2003-2006 годах (WHO Collaborative study of substitution treatment of opioid dependence and HIV). Данное исследование продемонстрировало возможность удержания в программе ЗТ на уровне 65 % и улучшение качества здоровья и жизни клиентов. Проблемы с внедрением ЗТ обусловлены консервативным отношением законодательной власти. Оппозиция к ЗТ также существует и среди некоторых сотрудников психиатрических и наркологических научных учреждений [9].

График 1. Соотношение пациентов, получающих заместительную терапию бупренорфином и метадоном на Украине и в Литве

**пациенты, получающие
опиоидную ЗТ
бупренорфином**



УКРАИНА



ЛИТВА

■ patients receiving
buprenorphine opioid
substitution therapy

■ пациенты, получающие
опиоидную ЗТ
метадонем

Литва

Ситуация с ЗТ

Заместительная терапия метадонем в Литве была начата в 1995 году в 3 городах. В настоящее время на ЗТ находятся 400 человек [10, 11]. Менее 10 % пациентов являются ВИЧ-положительными. Лечение проводится в 4 специализированных наркологических центрах и в 10 центрах первичной медицинской помощи. С 2002 года разрешено использование бупренорфина для заместительной терапии. На ЗТ бупренорфином находятся 10 пациентов. Применяются 2 препарата, содержащие бупренорфин: субутекс и субоксон (смесь бупренорфина и налоксона). Стоимость 1000 мг метадона составляет 10 евро, стоимость 16 мг бупренорфина – 15 евро. ЗТ финансируется за счет системы обязательного медицинского страхования.

Регуляция проведения ЗТ

Первоначально регламентация ЗТ содержалась в приказе Министерства здравоохранения Литвы 1997 года. Необходимыми условиями для принятия пациента в программу ЗТ был двухлетний срок употребления опиоидов и минимум одна попытка лечения. Показаниями к ЗТ, согласно вышедшему в 2007 году приказу Министерства здравоохранения, является наличие опиоидной зависимости при любой продолжительности употребления. Решение о принятии пациента в программу ЗТ принимает комиссия из трех врачей-психиатров. У несовершеннолетних использование бупренорфина разрешено с 15 лет. Для принятия несовершеннолетнего пациента в программу ЗТ необходимо, чтобы в анамнезе были попытки лечения, направленного на полное воздержание.

Основные особенности

В 2005 году имело место снижение количества пациентов на ЗТ. Это было связано с негативным отношением некоторых членов литовского парламента к ЗТ. В защиту программы выступили Министерство здравоохранения, Литовская психиатрическая ассоциация, Департамент по контролю за наркотиками при правительстве, неправительственные организации. В 2003-2006 годах Литва участвовала в проведении исследования ВОЗ по эффективности ЗТ (WHO Collaborative study of substitution treatment of opioid dependence and HIV), которое показало эффективность ЗТ в отношении снижения употребления уличных опиоидов, улучшения состояния здоровья и качества жизни пациентов, снижение криминальной активности и рискованного инъекционного поведения.

В ходе применения программ ЗТ увеличивается количество центров первичной медицинской помощи, предоставляющих ЗТ, и расширяется географический охват целевой аудитории. Возможна выдача пациенту дозы метадона на срок до 6 дней для приема в домашних условиях. Бупренорфин и метадон выдаются пациентам только в лечебных учреждениях – не в аптеках. Малое количество пациентов на ЗТ бупренорфином связано с его высокой стоимостью. Бупренорфин является препаратом первой линии для лечения синдрома отмены опиоидов в стационаре и амбулаторных условиях.

Грузия

Ситуация с ЗТ

Программа ЗТ в Грузии существует с декабря 2005 года [12]. В настоящее время на ЗТ находятся 455 пациентов [13]. Планируется увеличение количества центров, предоставляющих ЗТ, открытие программы ЗТ в пенитенциарной системе. Метадон применяется в таблетках, растворяемых в воде, в дозировке 80–120 мг/сут. ЗТ проводится в трех учреждениях в Тбилиси и Батуми. Реализация программы ЗТ происходит за счет Глобального фонда и государственной программы. Пациенты, которые находятся на лечении за счет государственной программы, дополнительно оплачивают 100 USD в месяц. Программу ЗТ, финансируемую Глобальным фондом, координирует Институт наркологии; программу, финансируемую государством, – Департамент здравоохранения. Стоимость 1000 мг метадона – 30 USD.

Регуляция проведения ЗТ

Протокол был принят в декабре 2005 года. Показаниями к ЗТ являются: возраст старше 21 года, минимум одна попытка лечения, общий стаж употребления опиоидов – не менее трех лет и один год внутривенного употребления опиоидов. ВИЧ-положительные пациенты принимаются в программу ЗТ бесплатно и вне очереди. Директор медицинского учреждения назначает комиссию из трех врачей и психотерапевта, которая отвечает за проведение ЗТ. Кроме того, он назначает наблюдательный совет, в который входят и представители общественности. Анализы мочи на содержание психоактивных веществ проводятся минимум 3 раза в месяц в течение первого месяца, далее – минимум 2 раза в месяц. В случае сопутствующего употребления наркотиков пациент может быть исключен из программы лечения

Основные особенности

Как среди наркологов, так и среди общественности отмечается настороженное отношение к ЗТ, что обусловлено дефицитом информации. Экспертами отмечается, что количество пациентов, желающих получить ЗТ, значительно превышает количество мест в программах ЗТ [13]. Особенностью ситуации с употреблением опиоидов в Грузии является большое количество потребителей нелегального бупренорфина. Особенностью организации лечения является проведение ЗТ не только в государственных учреждениях, но и в частном медицинском центре.

Кыргызстан

Ситуация с ЗТ

В Кыргызстане ЗТ метадонотом начала осуществляться в апреле 2002 года: в Бишкеке и Оше в условиях амбулаторных отделений наркологических диспансеров [14, 15]. Программа финансируется Глобальным фондом. В настоящее время ЗТ получают 735 больных в 7 центрах [15]. В 2008 году ЗТ была начата в пенитенциарном учреждении.

Регуляция проведения ЗТ

Проведение ЗТ было регламентировано указом Министерства здравоохранения в марте 2001 года. Критериями для принятия пациента в программу ЗТ являются: опиоидная зависимость в течение 2 лет, несколько безуспешных попыток лечения, направленного на полное воздержание. В случае ВИЧ-инфекции, гепатита В и С, беременности, тяжелых соматических болезней допускается принятие больных, которые не соответствуют перечисленным критериям. Прием пациентов в программу осуществляется комиссией врачей. Разрешена выдача пациентам метадона на дом в выходные и праздничные дни. Существует централизованный регистр пациентов, получающих ЗТ.

Основные особенности

Наркологическая служба испытывает дефицит кадров. В процессе организации программы ЗТ были трудности с ввозом метадона в страну. Среди общественности и специалистов наблюдается позитивное отношение к ЗТ. Среди проблем следует отметить эпизоды негативного освещения ЗТ в средствах массовой информации. По сравнению с 2002 годом, когда ЗТ проводилась только в двух центрах и охватывала 200 пациентов, отмечается

увеличение количества пациентов и структур, предоставляющих ЗТ. В настоящее время ЗТ также предоставляется службами первичной медицинской помощи, имеющих специализированные отделения. Важную роль в поддержке пациентов играют негосударственные организации, особенно при оказании помощи в решении юридических проблем [16]. Кыргызстан – единственная страна в постсоветском регионе, в которой ЗТ организована и в условиях пенитенциарных учреждений. Общественное мнение, отношение к ЗТ органов здравоохранения и органов внутренних дел формировалось в стране постепенно под влиянием агентств ООН и Глобального фонда.

Казахстан

Ситуация с употреблением наркотиков

Согласно данным Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании, в Казахстане проживает около 100 000 потребителей инъекционных наркотиков. Самым распространенным наркотиком, употребляемым инъекционным путем, является героин, – 70%, на втором месте находится экстракционный опий – 23,1%. Доля потребителей опиоидов составляет 94,4% от общего числа потребителей инъекционных наркотиков. Средний возраст начала употребления наркотиков инъекционным способом составляет 21,2 года. 21% потребителей инъекционных наркотиков с разной степенью частоты используют нестерильные шприцы, 20,6% после инъекции разрешают использовать свой шприц другим людям. Среди зарегистрированных в стране людей с ВИЧ 77% приходится на потребителей инъекционных наркотиков [16, 17].

Заместительная терапия

В настоящее время ЗТ в Казахстане отсутствует. Имеются 2 приказа Министерства здравоохранения, вышедшие в 2002 и 2007 годах, в которых говорится о необходимости введения ЗТ. Начать программу ЗТ предполагается в конце 2008 года в Павлодаре и Караганде. Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании издал методические рекомендации по ЗТ метадоном [18], которые были утверждены министерством здравоохранения. Согласно этим рекомендациям, условиями включения в программу ЗТ являются: возраст – не менее 18 лет, стаж инъекционного употребления наркотиков – не менее трех лет, прохождение не менее 2-х безуспешных детоксикаций в условиях стационара наркологического диспансера (данный критерий не

обязателен для лиц, живущих с ВИЧ). Приоритетом включения в программу является диагностированная ВИЧ-инфекция.

Основные особенности

В течение длительного времени МВД не давало разрешение на ввоз препарата. Региональные департаменты здравоохранения опасаются реакции общественности на введение программ ЗТ. Среди общественности преобладает негативное отношение к ЗТ. Положительное отношение отмечено среди сотрудников Комитета по борьбе с наркобизнесом и специалистов в области ВИЧ-инфекции [19]. Около 30% наркологов выступают за проведение заместительной терапии. Приказ Министерства здравоохранения о введении ЗТ был издан в 2002 года, однако до сих пор ЗТ отсутствует. Приоритетом в государственной политике является развитие реабилитации наркозависимых, ориентированной на полное воздержание.

Российская Федерация

По данным ННЦ наркологии, на наркологическом учете в России состоят 387 197 человек. Согласно другим экспертным оценкам, количество потребителей инъекционных наркотиков в России колеблется от 1,5 до 5,1 миллионов человек. В 2007 году зарегистрированы 42 770 новых случаев ВИЧ-инфекции. При этом 83,5% от общего числа случаев ВИЧ-инфекции и свыше 65% от числа новых случаев связаны с инъекционным употреблением наркотиков. В наркологических лечебных учреждениях господствует абстинентная парадигма, т. е. ориентация на полное воздержание от наркотиков, – как основной критерий успешности лечения. При этом наблюдается дефицит мест в реабилитационных центрах – 1100 мест в учреждениях бесплатной реабилитации. Существующие формы и методы лечения наркозависимости регламентированы на федеральном уровне двумя документами, в которых заместительная терапия вообще не упоминается:

- 1) В.Б. Альтшулер, М.Л. Рохлина, Н.В. Стрелец, И.Д. Даренский, С.Л. Кравченко, С.И. Уткин. Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных. Приложение к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 28.04.98, №140.
- 2) А.И. Вялков, Н.Н. Иванец, А.В. Смирнов, и др. Протокол ведения больных. Реабилитация больных наркоманией (Z50.3). Приложение к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 октября 2003 года, № 500.

Данные протоколы лечения не соответствуют принципам доказательной медицины, во многих случаях рекомендации применять тот или иной метод лечения не основаны на данных научных исследований.

Программы снижения вреда реализуются в Российской Федерации с середины 1990-х годов, но единая официальная позиция на уровне государства отсутствует, поэтому их деятельность регулируется на региональном уровне. Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 8 января 1998 года запрещает применение ЗТ для лечения наркозависимости. Метадон находится в Списке I «Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации». Список I включает средства, оборот которых в России полностью запрещен. Бупренорфин, входит в Список II этого же Перечня («Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля»). Применение бупренорфина для ЗТ невозможно, так как федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» запрещает лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в Список II. Отмечаются попытки применения для ЗТ агонистов-антагонистов опиоидных рецепторов – налбуфина, – что не противоречит существующему законодательству.

Имеет место плохая информированность наркологов, пациентов и общественности о целях и задачах ЗТ, о ситуации с ЗТ в других странах. В научных журналах по наркологии публикуются, как правило, мнения противников ЗТ. Основные аргументы против внедрения в России ЗТ носят по большей части немедицинский характер. Нередко противники заместительной терапии указывают на то, что метадон может появиться на «черном рынке» и вызвать волну наркозависимости. В России негативные мнения о ЗТ высказывают представители религиозных организаций, врачи, сотрудники научно-медицинских учреждений, в некоторых случаях – сотрудники общественных организаций. По данным В.Д. Менделевича и Н.А. Должанской, 25–40 % наркологов имеют негативное мнение о ЗТ, около 45% выступают за ее проведение. В.Д. Менделевич изучил аргументы противников ЗТ: «утечка наркотиков на черный рынок» (в 2004 году на этом настаивали 23,7% респондентов, в 2006 году – 21,8%); «использование заместительной терапии будет способствовать тому, что те, кто еще не попробовал наркотики, станут их употреблять» (в 2004 году – 19,1%, в 2006 году – 28,7%).

Конференция «Эффективная и доказательная наркология в эпоху ВИЧ», проведенная в Москве в феврале 2008 года с участием врачей-наркологов, сотрудников кафедр

психиатрии и наркологии, а также представителей общественных организаций показала, что в последнее время наблюдается неудовлетворенность существующим уровнем научных исследований и используемыми в практической наркологии методами лечения. Многие методики, например, применение нейролептиков в лечении патологического влечения к наркотикам, гипноза, нейрохирургических операций – не отвечают требованиям, предъявляемым к доказательной медицине.

Исследователями идентифицированы шесть основных факторов, затрудняющих введение заместительной терапии [24, 25]: недостаточные финансовые ресурсы, дефицит доступной на русском языке информации об эффективности ЗТ, восприятие ЗТ как культурально неприемлемого вида помощи, страх наркозависимых перед обращением за медицинской помощью, противодействие со стороны законодательной власти и православной церкви.

Для изменения ложных стереотипов, связанных с ЗТ, необходима активная работа по информированию врачей, чиновников системы здравоохранения, принимающих решения, а также общественности об эффективности программ ЗТ. Существует значительный дефицит литературы на русском языке по этой теме.

Таджикистан

Ситуация с употреблением наркотиков

В Таджикистане основными употребляемыми психоактивными веществами традиционно являются гашиш и опий. Географическое положение и нестабильное социально-экономическое положение способствовали тому, что страна оказалась выгодным коридором для транспортировки наркотических средств в другие регионы. Следствием данной ситуации стали низкая цена и облегченный доступ населения к наркотикам. В 1997 году были выявлены первые случаи заболевания героиновой наркоманией. В 2001 году число проблемных потребителей наркотиков колебалось от 45 000 до 55 000 человек. На 1 июня 2008 года на учете состояли 8732 больных наркоманией, из них 89,7% – с опиоидной зависимостью. Большинство людей, живущих с ВИЧ, являются потребителями инъекционных наркотиков (в конце 2007 года это 621 человек, что составляет 59,2% от общего числа ЛЖВ). Распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в городах, где проводился дозорный эпидемиологический надзор, составила 23,5 %.

Заместительная терапия

Адвокатирование ЗТ происходило в течение последних 10 лет. Хотя в настоящее время в Таджикистане ЗТ отсутствует, но уже принято решение правительства о ее проведении в 2 городах республики: Душанбе и Хороге (или Худжанде). До конца 2009 года планируется предоставить ЗТ 400 пациентам. Финансирование программы будет осуществляться Глобальным фондом. До последнего времени против ЗТ выступало Министерство здравоохранения – в основном, из-за негативной позиции руководителей российской наркологической службы [26, 27].

Основные особенности

Специализированная наркологическая помощь потребителям наркотиков предоставляется только в наркологических центрах. Лечение ориентировано на полное воздержание от наркотиков, используются медикаментозные методы детоксификации, иглорефлексотерапия, психологическое консультирование. Существует серьезный кадровый дефицит специалистов в области наркологии.

Узбекистан

Ситуация с ЗТ

Рекомендации Олий Мажлиса (высшего законодательного органа Узбекистана) о целесообразности проведения пилотного проекта были приняты в 2001 году. В 2003 году было принято решение Государственной комиссии по контролю за наркотиками о целесообразности проведения пилотного проекта в Ташкенте. Программа ЗТ бупренорфином началась в Ташкентском городском наркологическом диспансере в феврале 2006 года; в октябре 2006 года началась программа ЗТ метадоном. В настоящее время на ЗТ бупренорфином находятся 80 человек, на ЗТ метадоном – 60 человек [28]. 60 % участников программы составляют люди, живущие с ВИЧ, 25 % участников получает антиретровирусную терапию. Первоначально в программу ЗТ принимали только ВИЧ–положительных пациентов. Финансирование ЗТ осуществляется Глобальным фондом. Стоимость 100 мг метадона составляет 1,1 USD, 12 мг бупренорфина – 6 USD. Бупренорфин официально зарегистрирован в стране, ввоз метадона осуществляется посредством однократного разрешения.

Регуляция ЗТ

В 2005 году было разработано и утверждено приказом Министерства здравоохранения временное положение по применению ЗТ. Решение о назначении ЗТ принимает комиссия из трех человек. Показаниями к назначению ЗТ являются: два года зависимости от опиоидов, беременность, ВИЧ-инфекция, неоднократные попытки лечения, возраст старше 18 лет. Разрешено выдавать двухдневную дозу препарата родственникам, если пациент находится на стационарном лечении в другом медицинском учреждении (таким образом получают лечение 12 человек, большинство из которых больны туберкулезом).

Основные особенности

Основными проблемами является территориальная удаленность наркологического диспансера от места жительства больных, отсутствие механизма передачи заместительного препарата в другие лечебные учреждения. Больными предпринимались попытки выноса таблеток бупренорфина и инъекционное (внутривенное) употребление препарата, что потребовало усиления контроля за пациентами. Ташкентский городской наркологический диспансер является единственным местом в Узбекистане, где проводится ЗТ.

Таблица 3. Показания к заместительной терапии **

Страна	Критерии для назначения заместительной терапии
Беларусь	<ul style="list-style-type: none"> – Возраст: старше 18 лет. – Регулярное употребление опиоидов инъекционным путем. – Две или более попытки лечения, направленного на полное воздержание от наркотиков. – ВИЧ-инфекция.
Украина	<ul style="list-style-type: none"> – Стаж зависимости не менее трех лет. – Минимум две безуспешные попытки лечения на протяжении последнего года. – ВИЧ-инфекция, необходимость лечения туберкулеза, беременность, гепатит В, С, септические состояния, онкологическое заболевание.
Литва	<ul style="list-style-type: none"> – Опиоидная зависимость (при любой продолжительности заболевания). – Для несовершеннолетних, с 15 лет, разрешено использование бупренорфина. <p>Для принятия несовершеннолетнего пациента в программу ЗТ необходимо, чтобы в анамнезе были попытки лечения, направленного на полное воздержание.</p>
Грузия	<ul style="list-style-type: none"> – Возраст: старше 21 года. – Минимум 1 попытка лечения. – Общий стаж употребления опиоидов 3 года и 1 год внутривенного употребления опиоидов. – Люди, живущие с ВИЧ, принимаются в программу ЗТ бесплатно и вне очереди.
Кыргызстан	<ul style="list-style-type: none"> – Опиоидная зависимость в течение 2 лет. – Более двух безуспешных попыток лечения, направленного на полное воздержание. – Вне зависимости от перечисленных выше критериев в программу принимаются пациенты с ВИЧ-инфекцией, тяжелыми соматическими заболеваниями, гепатитом В и С, а также беременные женщины.
Узбекистан	<ul style="list-style-type: none"> – Возраст: старше 18 лет. – 2 года зависимости от опиоидов. – Беременность – ВИЧ-инфекция – Неоднократные попытки лечения. – Родственникам разрешается забирать двухдневную дозу для пациентов, находящихся на стационарном лечении в других учреждениях (например, в противотуберкулезном диспансере).
Казахстан В настоящее время заместительная терапия отсутствует.	<ul style="list-style-type: none"> – Возраст: не менее 18 лет. – Стаж инъекционного употребления наркотиков – не менее трех лет. – Не менее двух безуспешных попыток детоксикации в условиях стационарного лечения в наркологическом диспансере (данный критерий не обязателен для лиц, живущих с ВИЧ).

** Показания к заместительной терапии определяются с учетом возраста пациента, длительности инъекционного употребления опиоидов, предшествующих попыток лечения, ВИЧ-статуса, наличия других инфекционных болезней, а также беременности.

	– Приоритетом включения в программу обладают люди, живущие с ВИЧ.
Российская Федерация	Заместительная терапия законодательно запрещена
Таджикистан	Заместительная терапия в настоящее время отсутствует

Выводы

Внедрение программы заместительной терапии произошло в большинстве стран постсоветского региона. Процесс начинался с пилотных проектов, после оценки эффективности которых принималось решение о расширении программы. По сравнению со странами Западной Европы уровень охвата заместительной терапией продолжает оставаться на низком уровне. В шести странах региона (Беларусь, Литва, Кыргызстан, Грузия, Узбекистан, Украина) в настоящее время на заместительной терапии находятся 3746 пациентов. В Литве уровень охвата составляет более 5% оцениваемого количества потребителей инъекционных наркотиков, – в остальных странах этот показатель еще ниже.

Для эффективной профилактики новых случаев ВИЧ-инфекции необходимо увеличить количество медицинских центров, предоставляющих ЗТ, мест в программах ЗТ и показаний к терапии.

Регуляция заместительной терапии во всех странах производится посредством приказов министерств здравоохранения. В Беларуси дополнительная регуляция производится на уровне областного управления здравоохранения и руководства наркологическим диспансером в Гомеле. Прием пациентов в программы ЗТ и исключение из программ проводит комиссия из врачей (как правило, их должно быть не меньше трех). Перед началом проведения терапии пациент подписывает терапевтический контракт с учреждением.

Несмотря на то что в шести из изученных стран (Беларусь, Украина, Литва, Кыргызстан, Грузия и Узбекистан) наблюдается некоторый прогресс в деле учреждения опиоидной заместительной терапии, в Казахстане и Таджикистане до сих пор ни один пациент не принимает участия в пилотных программах, а в Российской Федерации эта методика запрещена законом. Применение опиоидной заместительной терапии в странах ВЕСА сильно отстает от распространения инъекционного употребления наркотиков. Собранные данные указывают на то, что в регионе, где огромными темпами продолжает

распространяться эпидемия ВИЧ-инфекции, вызванная употреблением инъекционных наркотиков, менее 2% ПИН имеют доступ к жизненно необходимому лечению.

IAS поручила нам провести анализ состояния и возможности доступа к опиоидной заместительной терапии в странах региона с целью сбора информации, которая на данный момент является малодоступной и несистематизированной, и разработки соответствующей стратегии деятельности. Для стран ВЕСА очевидна потребность в разработке методик мониторинга и контроля за употреблением инъекционных наркотиков, привлечения внимания к состоянию и возможности использования научно-обоснованных методик лечения наркозависимости, включая опиоидную заместительную терапию, более широком распространении информации среди политиков, медицинского сообщества, гражданского общества и населения, и в привлечении ученых и иных ключевых деятелей к лоббированию и разработке политики и программ, направленных на потребителей инъекционных наркотиков. В результате проведенного исследования было выяснено, что программы опиоидной заместительной терапии до сих пор находятся в экспериментальной стадии, и что количество пациентов, участвующих в этих программах, за годы их действия практически не изменилось. В данной связи представляется необходимым привлечь внимание к вопросам исследования деятельности и разработки механизма расширения пилотных программ, стратегий по преодолению выявленных препятствий и расширению пропускной способности программ ЗТ для потребителей инъекционных наркотиков в странах Восточной Европы и Средней Азии.

Библиография

1. Основные лекарственные средства. Эталонный список ВОЗ, издание 14-е переработанное, март 2005 – www.who.int/hq/2005/a87017_rus.pdf
2. L. Amato , M. Davoli , A. Perucci , M. Ferri , F. Faggiano , P. Mattick. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat* 2005 Jun;28(4): 321-9.
3. R. Ali, S. Chiamwongpae, S. Isfandari, S. Jirammakoon, R. Mardiaty, L. Murauskiene, D. Newcombe, E. Subata, V. Poznyak, A. Uchtenhagen. The WHO Collaborative Study on Substitution Therapy of Opioid Dependence and HIV/AIDS. World Health Organization, 2005. 16 pp.
4. В. Лелевич, А. Винницкая, С. Лелевич, В. Максимчук, О. Пекарский. Отчет о наркопотреблении и незаконном обороте наркотиков в Республике Беларусь. – Минск: 2008.

5. Александров А. А. Министерство здравоохранения Беларуси, главный нарколог. Личное сообщение, ноябрь 2008.
6. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Country overview: Ukraine. – www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ua
7. Л. Власенко, программный менеджер, международный благотворительный Фонд Вильяма Дж. Клинтона (Днепропетровск). – Личное сообщение, ноябрь 2008.
8. Украинский институт исследований политики общественного здоровья», ресурсный центр ЗПТ. – www.uiphp.org.ua/resourcenter.htm
9. С. Дворяк, В. Штенгелов. Что мешает внедрению заместительной поддерживающей терапии на Украине. – Психічне здоров'я, 2007, № 2 (15), стр. 41 – 48.
10. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Country overview: Lithuania. – www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/lt
11. Субата Э. Вильнюсский центр лечения болезней зависимости, директор. Личное сообщение, ноябрь 2008.
12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Country overview: Georgia. – www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ge
13. З. Сихарулидзе, Центр по лечению наркотической зависимости «Уранти» (Тбилиси), директор. – Личное сообщение, ноябрь 2008.
14. Д. Вульф. Снижение вреда в Кыргызстане: Спасая жизни. – Центр истории и этики общественного здравоохранения Колумбийского университета, Нью-Йорк, США, 2005.
15. А. Эсенаманова, ведущий врач программы заместительной терапии метадонотом Республиканского центра наркологии. – Личное сообщение, ноябрь 2008.
16. Н. Гафарова. Национальное исследование по оценке распространенности проблемной наркомании в Республике Казахстан. – Павлодар, 2007.
17. Н. Гафарова, О. Лаврентьев, Т. Ковина. Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2007 год. / Аналитический отчет. – Павлодар, 2008.
18. Ю. Россинский. Применение метадона в наркологической практике и программах снижения вреда от незаконного потребления наркотиков. / Методические рекомендации. – Павлодар, 2006.

19. А. Катков, директор Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, Павлодар. – Личное сообщение, ноябрь 2008.
20. Федеральный СПИД- центр – www.hivrussia.ru
21. В. Киржанова. Оценка численности ПИН одностадийным номинационным методом. / Презентация на совещании «Прогресс в обеспечении универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации», Москва, 13–14 мая 2008 года.
- 22.,. Почему профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН должна быть одним из приоритетов национальной стратегии борьбы с ВИЧ/СПИДом в России?/ Информационный бюллетень. – Трансатлантические партнеры против СПИДа (ТППС), № 5 (1), июнь 2008.
23. На пути к профессиональной наркологии: аналитические очерки и статьи // Под ред. проф. В.Д. Менделевича. - М.: «Медиа пресс», 2008.
24. E. Tkatchenko-Schmidt, A. Renton, R. Gevorgyan, L. Davydenko, R. Atun. Prevention of HIV/AIDS among injecting drug users in Russia: Opportunities and barriers to scaling-up of harm reduction programmes. Health Policy 85 (2008): 162–171pp.
25. У. Батлер. ВИЧ/СПИД и злоупотребление наркотическими средствами в России. – Лондон, 2003.
26. М. Хибилов, директор Ассоциации снижения вреда, Таджикистан. – Личное сообщение, ноябрь 2008 .
27. А. Латыпов. Обзор существующих политических документов, программ и стратегий в области снижения спроса на наркотики и профилактики ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан. – Душанбе, 2007.
28. О. Мустафин, главный врач Ташкентского городского наркологического диспансера. – Личное сообщение, ноябрь 2008.