

Препятствия к доступу: медикаментозная поддерживающая терапия и обусловленная инъекционным потреблением наркотиков эпидемия ВИЧ

В июле 2005 года Всемирная организация здравоохранения внесла метадон и бупренорфин в Примерный перечень основных лекарственных средств. Метадон и бупренорфин – два наиболее глубоко изученных и эффективных препарата из средств, применяемых для лечения опиатной зависимости. Регулярное применение этих препаратов, иногда называемое медикаментозной поддерживающей терапией или заместительной терапией, ведет к сокращению потребления инъекционных наркотиков, снижению криминальной активности, увеличению пребывания на лечении химической зависимости, усилению приверженности к ВИЧ-терапии¹, улучшению отношений в семье и успешному возвращению на работу².

Наличие доступа в развитых странах

В развитых странах медикаментозная поддерживающая терапия является стандартным выбором для людей с историей опиоидной зависимости. В 2005 году количество пациентов получающих бупренорфин или метадон превысило 800 000, среди них 237 000 в США, примерно 530 000 в Западной Европе, 39,000 в Австралии и 4 000 в Новой Зеландии. Многие страны Европы, столкнувшись с ростом эпидемии ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИИ), быстро увеличили предложение лечения. Германия, например, легализовала метадонное лечение в 1987 г., и к 2005 г. в стране на лечении находились свыше 60 000 пациентов. Во Франции, по данным на ноябрь 2006 г., 85 000 человек получили лечение бупренорфином, при этом препарат выписывают врачи широкого профиля и он продается в аптеках.

Отсутствие доступа в развивающихся странах

В развивающихся странах и странах с переходной экономикой, где эпидемия разрастается в результате потребления инъекционных наркотиков, метадон и бупренорфин либо являются запрещенными препаратами, либо доступ к ним ограничен. Учитывая, что инъекционное потребление наркотиков способствует увеличению числа случаев ВИЧ-инфекции - по оценкам ЮНЭЙДС, приблизительно, одна треть всех новых случаев ВИЧ-инфекции за пределами Африки зарегистрирована среди ПИИ - отсутствие или

намеренное неприятие лечения заместительной терапией во многих странах может привести к самым плачевным последствиям. По данным 2007 г., менее 2-х процентов ПИИ получали лечение метадоном или бупренорфином в государственных клиниках в странах с эпидемией ВИЧ, обусловленной потреблением наркотиков. Больше всего пациентов было в Китае, где по данным на март 2007 г. 320 клиник предоставляли услуги 36 000 пациентам, и в Иране, где около 60 000 пациентов получали метадон и от 5 000 до 8 000 получали бупренорфин через государственные клиники или частных врачей.

В Восточной Европе и Центральной Азии доступ к метадону или бупренорфину не обеспечивается в достаточной степени; менее 2-х процентов предполагаемых ПИИ получают лечение. Небольшой прогресс, однако, налицо. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией поддерживает увеличение охвата терапией метадоном или бупренорфином через пилотные проекты в странах с эпидемией ВИЧ, обусловленной потреблением наркотиков, включая Азербайджан, Беларусь, Грузию, Индонезию, Кыргызстан, Китай, Молдову, Узбекистан, Украину, и Эстонию. Иран, Китай, Малайзия и Украина планируют резко увеличить объем охвата программами метадона или бупренорфина в ближайшие несколько лет, в то время, как Вьетнам, Казахстан и Таджикистан получили гранты международных доноров и пообещали развернуть пилотные проекты.



МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ: ПРЕПЯТСТВИЯ

Даже в тех странах, где уже обеспечено наличие метадона и бупренорфина, доступ пациентов к этим препаратам ограничен множеством факторов, включая высокую стоимость и недостаточные объемы поставок, ограничительные критерии включения в программу лечения, отсутствие у органов власти достаточной решительности для расширения пилотных проектов.

ВЫСОКИЕ ЦЕНЫ И НИЗКИЕ ОБЪЕМЫ ПОСТАВОК

Стоимость препаратов

Цены на бупренорфин и метадон сильно различаются в разных странах мира, а в некоторых случаях - и в пределах одной страны. Они зависят от поставщика, налога на ввоз, а также правил и практик местных учреждений здравоохранения. Например, в Китае, где метадон производится в самой стране, цена средней дозы препарата для пациента колеблется от 5-ти до 10-ти юаней (US\$0,66-1,30). В Иране цена 100 мг метадона составляет приблизительно US\$0,25, а 8 мг непатентованного бупренорфина составляет US\$1,30. В других странах с эпидемией ВИЧ, обусловленной потреблением инъекционных наркотиков, государственные структуры платят повышенные цены за препараты в соответствии с достигнутыми соглашениями с фармацевтическими компаниями. В Индонезии, например, средняя доза метадона стоит от US\$0,54 до US\$1,62, в зависимости от места предложения препарата. Правительства иногда пользуются возможностью перезаключить соглашения и изменить ценовую структуру. Например, в Малайзии начальная цена метадона составляла US\$10 за 40 мг, но проведенные правительством в 2007 г. переговоры снизили цену до приблизительно US\$0,80 за 40 мг.

Стоимость метадона, как правило, ниже стоимости бупренорфина. Например, в Украине, по данным на ноябрь 2007 г., не было доступа к метадону, но на 2008 г., правительство запланировало обеспечение препаратом по цене около US\$9 на пациента в месяц. Бупренорфин имеется в наличии с 2005 г., и, по данным на конец 2007 г., его выписывали, приблизительно, 500 пациентам, хотя стоимость лечения почти в 10 раз превышает прогнозируемую стоимость метадона.

Сотрудники программ, предоставляющих доступ к заместительной терапии, иногда находят другие способы для перенесения затрат на плечи пациентов. Например, в Азербайджане, по неофициальным сообщениям, к пациентам предъявляются требования по оплате до US\$500 за лечение, которое должно предоставляться бесплатно. В Грузии, где только 225 пациентов имели в 2007 г. доступ к бесплатному лечению, государственные структуры рассматривают возможность открытия клиник с платными услугами, где лечение будет стоить порядка 150 лари (US\$95) в месяц, что составляет более половины

среднемесячной заработной платы в стране, и делает стоимость лечения недопустимо высокой.

Нерегулярные поставки и перерывы в лечении

Перебои с поставками или угрозы перебоев приводят к прекращению лечения или к внезапным сокращениям дозы препарата. Есть сообщения, что в Симферополе, Украина, в конце апреля 2007 г. на протяжении, приблизительно, двух недель клиенты получали дозы «только через день». В Азербайджане, например, терапия метадонем была прекращена в 2005 г., когда клиники не получили новых поставок. В Кыргызстане пациентам резко сократили дозы, и некоторые были вынуждены прекратить лечение в 2005 г. в связи с задержками в приобретении и распределении препаратов.

Трудности, связанные с преследованиями со стороны правоохранительных органов и полиции

Стоимость получения терапии метадонем или бупренорфином часто включает в себя поборы со стороны правоохранительных органов. В Кыргызстане полицейские устраивают посты возле метадонных клиник и часто арестовывают пациентов, либо угрожают, что подкинут им наркотики, если пациенты не откупятся и не дадут взятку. В Одессе, Украина, получающие бупренорфин пациенты сообщают, что полицейские регулярно вымогают у них деньги и угрожают подбросить наркотики. Хотя правительство Малайзии утвердило организацию программ метадонной терапии в 2005 г., законы и политика криминализации потребителей наркотиков приводят к налетам полицейских и арестам участников метадонных программ. Фамилии и имена пациентов, которые получают метадонную терапию в местных клиниках, заносятся в регистрационные списки потребителей наркотиков. Организации Индонезии сообщают, что полицейские не знают о легализации метадонной терапии и о том, что им запрещено производить аресты вблизи клиник; поэтому некоторые пациенты сообщают о том, что становятся мишенью для полиции, так как наряду с метадонем потребляют и другие наркотики.

ТРЕБОВАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ПРОГРАММУ

Списки очередников

Потребители инъекционных наркотиков часто теряют желание участвовать в программах лечения из-за длинных очередей. В Украине, по отчетам достоверных источников, своей очереди ожидают 300 человек. В Польше численность получающих лечение не поднимается выше 1 000 человек, составляя 2, 5% от предположительного общего числа ПИН с момента введения программ лечения в 1992 г. В списках очередников в нескольких городах Польши свыше 500 имен, т.е. ожидающих лечение больше, чем получающих его. Из Грузии, Индонезии, Кыргызстана и Малайзии тоже сообщают об имеющихся списках очередников.

Ограниченное число клиник и отсутствие практики выдачи доз на дом

В Соединенных Штатах Америки и странах Западной Европы разрешается отпуск бупренорфина через аптеки и выдача доз метадона на дом пациентам, состояние которых стабилизировано, однако, это запрещено в большинстве стран Восточной Европы и Центральной Азии. В Украине, например, участники программ обязаны посещать СПИД-центр или наркологический диспансер каждый день для получения своей дозы бупренорфина, а в воскресенье, когда центры закрыты, обходиться без него. В Симферополе СПИД-центр является единственным во всем регионе учреждением, которое предлагает бупренорфин, что означает, что некоторые пациенты должны каждый день тратить по несколько часов, чтобы добраться до центра из таких городов, как, скажем, Ялта и Севастополь. Пациентам разрешается получать препарат только в клинике, которая считается ближайшей к месту их постоянного места жительства, что малоэффективно с точки зрения временных затрат.

Требования к возрасту или наличию многочисленных документированных попыток абстиненции

В Украине пациентам должно быть, как минимум, 18 лет; они должны предпринять, по крайней мере, три попытки прекращения потребления запрещенных наркотиков в программах реабилитации или детоксикации. В Грузии пациентам должно исполниться 25 лет; у них должна быть, как минимум, 3-х летняя история потребления опиоидных наркотиков, и из этих трех лет они должны, по меньшей мере, один год потреблять инъекционные наркотики; а также должны предоставить справку о неэффективных результатах одного курса лечения из лицензированного учреждения. Некоторые клиники исключают пациентов при наличии положительных результатов тестов на потребление наркотиков во время лечения, хотя эту проблему можно зачастую решить, отрегулировав дозу метадона.

Хотя программы иногда и практикуют метод ускоренного включения для определенных групп, в частности, ВИЧ-положительных, больных туберкулезом, раком, диабетом, пациентов с психическими расстройствами или для беременных женщин, общие ограничения и необходимость предоставления определенной документации часто задерживает лечение ПИН.

Рассмотрение вопросов включения в программу заместительной терапии специальной комиссией

Во многих странах, включая Азербайджан, Грузию, Кыргызстан, Молдову, Польшу и Украину, действуют специальные комиссии, количество участников в которых может доходить до шести человек, которые принимают решение о включении пациентов в программы лечения.

В Эстонии, например, два психиатра должны определить, подходит ли человек для включения в программу. В Латвии и Литве тоже необходимо пройти комиссию, которая рассматривает вопрос соответствия

пациента требованиям программы лечения; в Литве такую комиссию создает главный врач больницы. В Молдове заявления в Национальный наркологический диспансер рассматривает комиссия в составе шести человек. В Кыргызстане комиссия требует следующее: фактическое потребление наркотиков в течение двух лет; наличие нескольких не увенчавшихся успехом попыток пройти лечение, наличие осложнений в связи с опиоидной зависимостью и сопутствующих заболеваний или беременности, а также наличие индивидуальных показаний, которые можно отнести к «серьезным».

В Грузии Наблюдательный совет Министерства труда, здравоохранения и социального обслуживания рассматривает дела ПИН, которые не подошли под требования включения в метадоновую программу. В состав совета входят представители министерства, несколько врачей из Института наркологии и один представитель НПО, до недавнего времени в состав совета также входил один журналист.

Полицейский контроль за включением в программу

Изменения в протоколе включения в программу лечения исключительно важны для расширения охвата программами метадона и бупренорфина. В Китае, например, где широко разрекламировано расширение программ лечения метадоном, представители органов власти раньше заставляли пациентов находиться в течение одного года в центрах детоксикации или принудительно работать в трудовых лагерях до включения в метадоновую программу. Полиция часто оставляла за собой право на выдачу разрешения или отказа в приеме в программу. В июле 2006 г. Китай смягчил эти требования, хотя они до сих пор навязываются некоторыми клиниками. В настоящее время, основные принципы включения в программу оговаривают четыре условия: многочисленные попытки пациентов пройти лечение; возрастной ценз - 20 лет или старше; постоянное проживание в стране, городе или районе, где находится предоставляющая лечение организация или разрешение на временное проживание; подтверждение «цивилизованного поведения». Возрастное ограничение снимается при ВИЧ-положительном статусе.

Требование ВИЧ-положительного статуса

В некоторых странах, включая Узбекистан и Украину, программы медикаментозной поддерживающей терапии ограничивают число неинфицированных ВИЧ пациентов, которые могли бы получить лечение. Такое требование создает мотивацию для наличия ВИЧ-инфекции, отказывая в лечении тем, кто находится в группе риска.

ВЕЧНЫЙ ПИЛОТНЫЙ СТАТУС

Многие программы терапии метадоном и бупренорфином обречены на «смерть вследствие пилотного статуса», когда на расширение программ накладываются ограничения на протяжении многих лет, пока органы власти оценивают

жизнеспособность и целесообразность программ. В Беларуси пилотная программа медикаментозной поддерживающей терапии начала работать в 2005 г., но до 2007 г. не предоставляла лечения пациентам, несмотря на готовность Глобального фонда оплатить стоимость медикаментов. В Польше только около 1 000 человек получили метадонотерапию через 16 лет после выхода метадона на рынок. В Кыргызстане, по данным на июнь 2007 г., через шесть лет после разрешения выписывать рецепты на метадон, менее 200 человек получали лечение. Возможно, что открытие четырех дополнительных клиник, завершленное в конце года, повлечет за собой выход программ из пилотного статуса.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ТЮРЬМАХ

В рекомендациях «Руководящих принципах ВОЗ по ВИЧ-инфекции и СПИДу» предлагается, чтобы те заключенные, которые получали заместительную терапию до заключения, имели возможность продолжать то же лечение, находясь в тюрьмах. К сожалению, в Восточной Европе и Азии заключенные, в подавляющем большинстве случаев, не имеют доступа к этому лечению. В развивающихся странах и странах с переходной экономикой с высокой численностью

ВИЧ-инфицированных среди ПИН в 2007 году только Индонезия, Иран и Молдова разрешали пациентам начать медикаментозное поддерживающее лечение в тюрьме, а в Польше проводилась краткосрочная терапия только для тех пациентов, которые получали лекарство до заключения. В середине 2007 г. 22 человека, отбывающих наказание, получали метадон в тюрьмах Молдовы, но были вынуждены сократить дозы через шесть месяцев, что вызвало у многих заключенных синдром отмены. В Индонезии, по данным на июнь 2006 г., доступ к метадону имели только 33 заключенных.

Иран, где метадонотерапия предоставляется в тюрьмах с 2003 г., является положительным исключением. Лечение метадонотерапией в тюрьме является частью программ профилактических вмешательств, которые осуществляются через так называемые «треугольные клиники». В центре работы клиник – три приоритетных направления: работа с ПИН на основе подхода снижения вреда, лечение инфекций, передающихся половым путем, и предоставление ухода и поддержки людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. В конце 2006 г. было организовано 55 «треугольных клиник» в тюрьмах, которые представляли 33 процента от всех тюрем; в дополнение, 34 такие клиники оказывают услуги в центрах послелечебного наблюдения и ухода вне тюрем. На январь 2007 года «треугольные клиники» предоставляли метадонотерапию поддерживающую терапию 55 процентам нуждающихся в ней заключенных, а к 2008 г. планируется охватить от 80 до 99 процентов нуждающихся. Эти клиники также предоставляют заключенным услуги обмена игл и шприцев, несколько клиник проводят антиретровирусную терапию.

Опыт показывает, что метадон и бупренорфин являются эффективными средствами лечения наркозависимости, увеличения доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, а также улучшения уровня жизни отдельных лиц, семей и общества. Однако до сих пор преобладающее большинство людей продолжает страдать из-за задержек в предоставлении этих жизненно важных препаратов и отсутствия широкомасштабных и доступных программ лечения. Для миллионов потребителей опиатов в развивающихся странах и странах с переходной экономикой принятие со стороны государства обязательства сделать это лечение доступным предоставит возможность улучшить здоровье, жизненную активность, а также позволит полноценно участвовать в жизни общества.

Если вы хотите ознакомиться с полной версией данного информационного бюллетеня со всеми ссылками, или заинтересовались Международной программой снижения вреда, пожалуйста, посетите наш веб-сайт по адресу: www.soros.org/harm-reduction.

Международная Программа Снижения Вреда (IHRD)

Основанная в 1995 г. Международная программа снижения вреда (IHRD) Института «Открытого общества» (ИОО) работает над снижением вреда ВИЧ-инфекции и других вредных последствий, связанных с потреблением наркотиков, отстаивая стратегии и политики уменьшения стигматизации потребителей запрещенных наркотиков и защиты их прав человека. IHRD, оказав поддержку более 200 предоставляющих услуги снижения вреда организациям в Центральной и Восточной Европе, бывшем Советском Союзе и Азии, опирается в своей деятельности на следующую концепцию: лица, которые не могут или не хотят воздержаться от потребления наркотиков, могут внести положительные изменения в свою жизнь для того, чтобы сохранить собственное здоровье и здоровье других людей. С 2001 г. IHRD выделяет адвокатию как приоритетное направление работы для расширения доступа и улучшения качества обмена шприцев, лечения наркозависимости и ВИЧ-инфекции; для реформирования дискриминационных политик и практик, и увеличения возможностей политического участия потребителей наркотиков и людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.