

Український інститут досліджень політики  
щодо громадського здоров'я (УІДПГЗ)

**ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ  
ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ  
В УКРАЇНІ**

*Науково-практична та методична збірка*

**Київ – 2009**

Збірка висвічує нормативно-методичну, науково-дослідну та практичну діяльність інституту щодо впровадження замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) в Україні. Метою видання є ознайомлення фахівців, а також широкого кола читачів із сучасною формою лікування наркозалежності. Збірка розрахована на фахівців охорони здоров'я, наркологів, психіатрів, психологів, соціальних працівників, та інших спеціалістів, які надають медико-соціальну допомогу споживачам ін'єкційних наркотиків.

Більше інформації щодо ЗПТ можна знайти на веб-сайті [www.uiphr.org.ua](http://www.uiphr.org.ua), який містить дані про проекти ЗПТ, законодавство та накази МОЗ щодо ЗПТ, інструменти моніторингу та оцінки, матеріали для навчання, методичні рекомендації, а також у бібліотеці Ресурсного центру інституту за адресою: м. Київ, вул. Горького, 91/14, офіс 5.

Мова видання: українська, російська

## **Зміст**

**Дворяк С.В.** Передмова . . . . . 5

Третя національна конференція з питань замісної підтримувальної терапії «Від пілотних проєктів – до універсального доступу» . . . . . 17

**НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗПТ** . . . . . **31**

**1.1. Нормативні акти МОЗ України з питань замісної підтримувальної терапії** . . . . . **31**

1.1.1. Наказ МОЗ України № 407 від 25.07.2008  
«Про затвердження графіків розподілу препарату  
«Метадол» (метадону гідрохлорид)» . . . . . 31

1.2.1. Наказ МОЗ України № 429 від 04.08.08  
«Про удосконалення роботи міжвідомчої робочої групи  
з питань замісної підтримуючої терапії» . . . . . 34

1.3.1. Наказ МОЗ України № 529 від 18.09.2008 «Про внесення змін та доповнень до наказів МОЗ України від 04.06.2007 р. № 295 «Про затвердження графіків розподілу препаратів «Еднок» (бупренорфину гідрохлорид) і «Метадол» (метадону гідрохлорид)» та від 25.07.2008 р. № 407 «Про затвердження графіків розподілу препарату «Метадол» (метадону гідрохлорид)» 36

1.4.1. Наказ МОЗ України № 476 від 19.08.2008  
«Про затвердження Стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків» . . . . . 39

1.5.1. Наказ МОЗ України № 645 від 10.11.08  
«Про затвердження методичних рекомендацій  
«Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів» . . . . . 40

**1.2. Методичне забезпечення замісної підтримувальної терапії** **41**

1.2.1. Тренінговое руководство «Заместительная терапия» (аннотация) . . . . . 41

1.2.2. <b>Власенко Л.В.</b> Руководство для клиентов программ заместительной поддерживающей терапии (аннотация)	45
1.2.3. <b>Семигіна Т.</b> Соціально-психологічна підтримка клієнтів програм ЗПТ. Методичні рекомендації (анотація)	47
1.2.4. <b>Дворяк С.В., Думчев К.В, Трецька Т.О.</b> Методичні рекомендації «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів» (анотація)	50
1.2.5. <b>Петренко В. І.</b> Стандарт лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків (анотація)	54

## **НАУКОВО-ДОСЛІДНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ . . . . . 60**

2.1. <b>Вієвський А. М., Дворяк С. В., Сидяк С. В.</b> Лікування наркозалежності в Україні та оцінка його ефективності (анотація)	60
2.2. <b>Дворяк С.В., Штенгелов В.В.</b> Оцінка ефективності програм замісної підтримувальної терапії бупренорфіном в Україні	63
2.3. <b>Дворяк С.В., Штенгелов В.В.</b> Что мешает внедрению заместительной поддерживающей терапии метадонном в Украине?	80
2.4. <b>Herbert D. Kleber, MD</b> Поддерживающая терапия метадонном – 40 лет спустя. Спасено тысячи жизней, однако, сомнения остаются	97

## **ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В УКРАЇНІ . . . . . 106**

3.1. <b>Форостяна О.В.</b> Центри інтегрованої допомоги – сучасна практика надання медико-соціальної допомоги	106
3.2. <b>Трецька Т.О.</b> Семінари з обміну досвідом – дієва практика навчання	110
3.3. Історії пацієнтів замісної підтримувальної терапії	118

# ПЕРЕДМОВА

**Дворяк С.В., канд.мед.наук**

## **Замісна підтримувальна терапія для наркозалежних в Україні**

### **Сучасний контекст**

Спеціальні соціологічні дослідження оцінюють розмір групи споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) в Україні від 325 до 425 тисяч осіб (екстенсивний показник становить 687,4. – 898,9 на 100000 населення). Близько 90% СІН страждають на залежність від опіоїдів. Хоча останніми роками спостерігається загрозлива тенденція переходу з опіоїдів на саморобні психостимулятори (амфетаміни та метамфетаміни) – загроза полягає в тому, що, по-перше, психостимулятори більш агресивно впливають на ЦНС та дуже швидко викликають ускладнення типу енцефалопатій та психотичних розладів, а, по-друге, не існує досі медикаментозних методів лікування залежності від стимуляторів – все ж таки більшість СІН надають перевагу опіоїдам та при кожній можливості повертаються саме до них.

В останні 2 роки з'явилися ознаки того, що серед молоді ін'єкційна поведінка не надто популярна і найбільш ризикованою групою є наркоспоживачі, які почали вживати опіоїди 3, 5 та більше років тому, але все одно питання надання допомоги саме опіоїднозалежним залишається на порядку денному як пріоритетне.

І нині актуальною є теза, що споживачі ін'єкційних наркотиків і далі залишаються основним ресурсом підтримки розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні.

Згідно з офіційними даними МОЗ, на 1.06.2009 чисельність людей, які перебувають в Україні на диспансерному обліку з приводу ВІЛ/СНІДу, становить 94,442 тис. (екстенсивний показник становить 204,5 на 100000 населення), але спеціальні оцінки, датовані ще кінцем 2005 року, свідчать, що насправді вже на той час приблизно 377 тис. дорослих жителів України було інфіковано ВІЛ (екстенсивний показник становив приблизно 1500 на 100000 населення).

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, з 1987 р по травень 2009 р було зареєстровано 149663 випадків

інфікування ВІЛ. Близько 51% цих випадків пов'язано зі споживанням ін'єкційних наркотиків. СІН складають більшу частину людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), а саме 60–70%.

Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні поширюється головним чином за рахунок ВІЛ-інфікованих СІН. І хоча в останні роки набирає потужності й стає більш актуальним статевий шлях розповсюдження інфекції, додатковий аналіз свідчить, що джерелом переважно все ж таки є саме СІН, адже вони належать до статевоактивної частини населення.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, в країнах, де епідемія переважно поширюється завдяки ін'єкційному споживанню наркотиків, головним чинником, що може позитивно вплинути на запобігання розповсюдженню ВІЛ/СНІДу, є лікування наркозалежності. Найбільш ефективним методом при цьому вважається ЗПТ.

### **«Про» чи «контра»**

Незважаючи на купу наукових даних та офіційних рекомендацій високоповажних авторитетних міжнародних організацій щодо застосування ЗПТ метадоном і бупренорфіном, цей метод ще й досі сприймається як контроверсійний та викликає жваві суперечки серед представників різних верств. Навіть серед лікарів-психіатрів та наркологів.

Можна послатися на цікаву статтю, нещодавно опубліковану в авторитетному журналі Американської медичної асоціації (JAMA). Її повний переклад ми подали в нашій збірці. Якщо коротко, сенс цієї роботи полягає в тому, що, незважаючи на безперечні докази ефективності ЗПТ в лікуванні розладів, викликаних вживанням опіюїдів, існує велика кількість перешкод на шляху впровадження цього методу лікування навіть у США, де його застосовують з 1965 року. Що вже казати про Україну, де ніколи не було традиції прислухатися до науковців та при ухваленні рішень спиратися на доведені факти, а не апелювати до так званого здорового глузду, який дуже часто є нічим іншим як сумішшю поширених забобонів, невігластва та примітивної ідеології.

В такому питанні як впровадження ЗПТ є факти цілком безперечні і є проблемні. Так, ніхто не сперечається, що наркологія – частина медицини, наркологи усюди носять білі халати. Мало хто заперечує,

що наркозалежність – хвороба. Але немає згоди стосовно того, чи винен пацієнт у своїй хворобі, чи не сам він її собі спричинив і через це чи не вартий він осудження та покарання.

Це насправді глибоке, значною мірою філософське питання. Якою мірою людина відповідає за свої вчинки, наскільки її воля керується і коли є приклади того, що дехто може повністю підкорити собі власні бажання та потреби і діяти за певним кодексом, то і всім людям можна ставити такі самі завдання і вимагати від них дотримання загальних норм поведінки.

Тут люди можуть бути поділені на дві великі групи. Одні ставлять ся до проблеми суто професійно і вважають, що наркозалежність – хвороба, при якій хворий не в змозі керувати своїми потягами і контролювати себе в тому, що стосується споживання наркотичних речовин. При цьому вони апелюють до наукових даних та клінічних фактів. Представники другої групи впевнені, що наркозалежні – розбещені та погано виховані люди, які після певного медичного втручання можуть «взяти себе в руки» і бути «такими як усі».

Саме тому багато наркологів переконані, що їхнім завданням є перевиховання своїх пацієнтів, зміна їхніх життєвих орієнтирів, смаків і поведінки. Головна мета – відмова від наркотиків, навіть якщо для цього необхідно зруйнувати деякі зони мозку пацієнта (досвід С.-Петербурзького інституту експериментальної медицини). І от тут, на наш погляд, приховано головну проблему. Багато лікарів та майже абсолютна більшість пересічних громадян впевнені, що метою лікування має бути абстиненція і тільки абстиненція (тобто утримання від вживання наркотиків) за будь яку ціну. Ми, наприклад, знаємо, що нікотин шкідливіший, ніж метадон, але проти нікотину немає таких запеклих заперечень, як проти метадона. Вважається що нікотин впливає лише на фізичну сторону особистості, тоді як метадон (а також інші опіоїди) калічить душі. Можливо саме через такі уявлення православна церква дуже негативно ставиться до лікування агоністами опіоїдів. Бо згідно з християнською догматикою краще людині взагалі загинути, ніж загубити свою безсмертну душу. У такому контексті вживання метадону – це своєрідна угода з дияволом.

В останні роки, після падіння комуністичного режиму, в Україні прокинулася неабияка цікавість до релігії. Багато лікувальних установ співпрацюють з церквами, в багатьох лікарських кабінетах можна побачити ікони та Біблію із Законом Божим тощо. Але якщо релі-

гія нараховує, на відміну від комуністичної ідеології, багато століть, то не треба забувати, що медицина також не вчора з'явилась. Вона має давню історію і не завжди існувала в цілковитій згоді з християнством. Лікарі мають спиратися не на догми, а на науково доведені факти.

### **Що лікувати?**

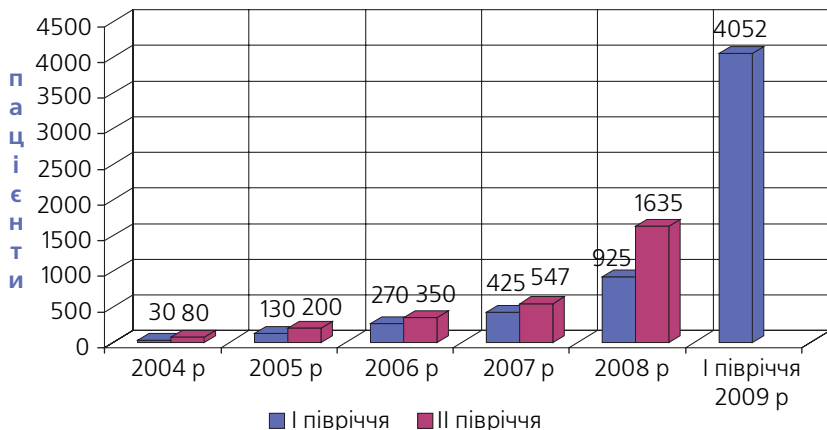
Сучасна наука розділяє два факти: факт наявності залежності від наркотиків і факт існування серйозних, пов'язаних з цим проблем. Як правило, в буденній свідомості це не розділяється через стійкий причинно-наслідковий зв'язок: «Залежність породжує проблеми, усунення залежності їх припиняє». Як говорив один філософ, кожна серйозна проблема має розв'язання: просте зрозуміле і неправильне. Це і є саме такий випадок.

Лікарям потрібно зрозуміти, що їхнє завдання допомагати пацієнтам боротись із наслідками, викликаними зловживанням наркотиків, лікувати розлади, що вже виникли, і не дуже перейматися «моральним обличчям» своїх підопічних. Лікарю корисно пам'ятати, що він має справу з пожежею, її потрібно гасити, а не витратити час на пошуки причин. Якщо навіть ліквідувати коротке замикання, що призвело до пожежі, вона від того не закінчиться.

У хворих на опіїодну залежність смертність у 13 разів вища, ніж у їхніх однолітків без залежності. Це не тому що опіїоди дуже токсичні. Скоріше це через те, що СІН не мають достатньої інформації, як їх вживати, і через це трапляються передозування. СІН не мають доступу до ефективних засобів швидкої допомоги при передозуванні – йдеться про налоксон – тому допомога не надається вчасно і людина може загинути. Причинами смерті при зловживанні наркотиками стають СНІД, туберкульоз, гепатити, травмування, септичні стани тощо. Але всі ці захворювання лікуються. Завдання полягає в тому, щоб наркозалежний отримав доступ до цього лікування. В дуже багатьох випадках саме ЗПТ є тим містком, якими СІН отримують доступ до медичних послуг. Ми спостерігаємо своєрідний вододіл: з одного боку, СІН, що живуть в маргінальному, напівкримінальному середовищі, без шансів на отримання медичної допомоги, з іншого – з приходом у програми ЗПТ ті ж самі СІН потрапляють в медичні установи, де, окрім лікування наркозалежності, їм можуть забезпечити обстеження, лікування та підтримку щодо всіх медич-

них та психосоціальних проблем. В результаті виграє як сам пацієнт, так і – навіть більшою мірою – суспільство, оскільки зменшується розповсюдження соціально небезпечних хвороб.

### Скільки нам потрібно місць для ЗПТ



Ми знаємо, що в ЄС приблизно 25% наркозалежних від опіоїдів (переважно героїну) перебувають на лікуванні.

Ми також маємо дані спільного звіту ВООЗ/ УООННЗ /ЮНЕЙДС:

- **~ 30–40% опіоїднозалежних СІН мають отримати доступ до замісної терапії, щоб вплинути на розвиток обох епідемій – наркоспоживання та ВІЛ.**
- **Для України, де оціночна кількість СІН складає 300–420 тис, потреба у ЗПТ складає 60–200 тис курсів.**

В Україні, якщо ми вважаємо, що оцінна кількість СІН становить 300 тис., для досягнення такого показника, як в ЄС, потрібно забезпечити лікуванням щонайменше 75 тис. хворих. Але сьогодні в усіх наших лікарнях і диспансерах нараховується лише 4 тис. тих, хто отримує ЗПТ, тобто трохи більше 5% від потрібної кількості і всього 1,3% від оцінної кількості СІН. Це дуже мало. Водночас ми чуємо від деяких наркологів, що вони забезпечили в своїх регіонах усіх, хто потребує такого лікування і розширювати програму не потрібно тощо. Ми вивчали цю проблему і дійшли висновку: головна причина

того, що доступ до ЗПТ отримує поки що незначна частина наркозалежних, полягає в низькій мотивації представників наркологічної (та взагалі будь якої медичної) служби. Фінансування витрат на медичну допомогу здійснюється в такий спосіб, що лікарі не зацікавлені в підвищенні кількості пацієнтів. Держава фінансує установи (койко-місця, ставки), а не надавані послуги. Тому будь-яка лікарню, що візьме на лікування в програму ЗПТ 150 осіб, фінансуватимуть так само, як і ту, що має 20 осіб. Але ж у першому випадку роботи та відповідальності значно більше.

Працюючи з виконавцями проектів ЗПТ на місцях, ми взяли до уваги цей важливий момент, і зараз лікувальні установи, які фінансує наша організація за кошти гранту від Всеукраїнської мережі ЛЖВ, кошти отримують відповідно до кількості наданих послуг. Медичний персонал отримує оплату за кожного пацієнта. Чим їх більше, тим винагорода більша. І навпаки. Цей підхід суттєво змінив ситуацію. Лікарі почали виявляти зацікавленість у тому, щоб забезпечувати потрібне охоплення терапією. Сподіваємось, що поширення цього підходу на усі сайти приведе до значного збільшення кількості пацієнтів на ЗПТ.

### **Що вже зроблено**

Подивімося. Перші пілотні проекти ЗПТ почались у 2004 р. завдяки ПРООН. Тоді ЗПТ бупренорфіном отримало близько 80 пацієнтів у 2-х містах України. Зараз, на кінець першого півріччя 2009 р., у нас понад 4 тисячі СН лікується метадоном та бупренорфіном.

Такий прорив виявився можливим завдяки спільним зусиллям Президента України, що видав відповідний указ, Міністерства охорони здоров'я, яке розробило вже кілька відомчих наказів; Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, який фінансує практично всі витрати на впровадження і розвиток ЗПТ в Україні, Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДу в Україні та Всеукраїнської мережі ЛЖВ – основним реципієнтам цього гранту, а також безпосереднім виконавцям – українським ЛПУ та УІДПГЗ.

Однією з важливих віх цього багатофакторного процесу стало створення Ресурсного Центру із ЗПТ, який виник в 2005 р. за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІДу» в Україні на базі УІДПГЗ. До складу РЦ як консультанти ввійшли Головний нарколог МОЗ, фахівці КМКНЛ "Соціотерапія", провідні науковці ка-

федри наркології ХМАПО, представники МОЗ та профільних НУО. Були розроблені моделі надання ЗПТ в Україні, підготовлені перші посібники для лікарів, соціальних працівників, а також для пацієнтів. Створено бібліотеку, що нараховує зараз близько 1000 найменувань. Розроблено веб-сайт [www.uirhp.org.ua](http://www.uirhp.org.ua), що містить дані про проекти ЗПТ, законодавство та накази МОЗ щодо ЗПТ, інструменти моніторингу та оцінювання, матеріали для навчання, методичні рекомендації тощо. Матеріали сайту користуються все більшою популярністю в професійному середовищі.

Систематично ведеться підготовка мультидисциплінарних команд для надання ЗПТ на місцях. Навчання пройшли фахівці зі 110 таких команд. Здійснено кілька десятків моніторингових та наставницьких візитів. Завдяки їм вдалося допомогти лікарям-практикам та іншим спеціалістам, що працюють в програмах ЗПТ, налагодити роботу на місцях.

Від самого початку впровадження програм ЗПТ в Україні й донині спільно з Бюро ВООЗ в Україні та за допомогою відомих експертів із Швейцарії та Литви УІДПГЗ веде дослідницьку роботу з моніторингу та оцінки ефективності ЗПТ. Розроблено дизайн і протокол дослідження, вибрано необхідні інструменти, підготовлено персонал для виконання цієї роботи на місцях. Завдяки цьому отримано унікальні дані щодо якості та ефективності лікування в програмах ЗПТ. Результати були багато разів представлені на міжнародних наукових форумах в Делі, Варшаві, Квебеці, Сіднеї, П'єтрасанті, Біарріці, Орландо – не повний перелік міст, де відбувалися конгреси та конференції і де Україна свідчила про свої досягнення в галузі лікування наркозалежності та профілактики ВІЛ/СНІДу в середовищі СН.

Влітку 2007 р. розпочалося фінансування VI раунду гранту Глобального Фонду. Перед українськими урядовими та неурядовими організаціями постало дуже амбітне завдання: довести кількість пацієнтів на ЗПТ до 6 тис. та розпочати впроваджувати інтегровану допомогу СН на платформі ЗПТ. Головним реципієнтом цього компонента стала Всеукраїнська мережа ЛЖВ.

Впровадження інтегрованої допомоги стало новим кроком на шляху організації сучасного науково обґрунтованого комплексного лікування СН. Зараз в Україні працює вже щонайменше 10 центрів інтегрованої допомоги. Вони підтримуються як за рахунок гранту Глобального Фонду, так і USAID та ВІЛ/СНІД Ініціатива Фонду Вілья-

ма Дж. Клінтона. Головна ідея організації таких центрів у тому, що хворий може отримати кваліфіковану медичну допомогу не лише з наркозалежності, але практично з усіх своїх медичних проблем: ВІЛ/СНІДу, психічних захворювань, туберкульозу тощо, йому також надають відповідну інформаційну підтримку щодо безпечного вживання наркотиків і допомогу у встановленні стосунків з програмами зменшення шкоди.

За час виконання проекту спільно з Всеукраїнською мережею ЛЖВ проведено наставницький візит фахівців Медичного центру Єльського університету, який є світовим лідером у розробленні інтегрованого підходу до лікування СН.

Закінчено підготовку та здійснено друк Національного стандарту лікування ВІЛ-позитивних СН, оновлено та видано Методичні рекомендації «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів». Переглянуто та оновлено навчальний модуль з тренінгів для мультидисциплінарних команд. Підготовлено спільно із кафедрою наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти спецкурс з ЗПТ для лікарів-наркологів, що проходять курси підвищення кваліфікації за програмою навчання МОЗ України.

### ***Попередні висновки***

Перші кроки впровадження ЗПТ в Україні довели, що:

- ЗПТ є ефективним засобом лікування наркозалежності та профілактики ВІЛ/СНІДу в середовищі СН.
- Створено інфраструктуру, яка дозволяє здійснювати, а також розширювати ЗПТ.
- Існує необхідність внесення змін до регулятивної бази щодо обігу наркотичних речовин.
- Необхідно наполегливо працювати над зменшенням вартості лікування.
- Метадон – є засобом, що дозволяє розширити доступ до лікування та охопити значну частину СН.
- Подальший розвиток програм ЗПТ потребує активної участі МОЗ та інших державних інститутів, зокрема МВС, Міністерства України у справах сім'ї, молоді і спорту.

- Інтегрована допомога СНІВ – новий перспективний підхід, що дозволяє значно покращити якість лікування та зменшити смертність і захворюваність серед СНІВ.

## **Бенефіціари**

Хто отримує користь від впровадження ЗПТ в Україні?

Один наркозалежний споживач опіатів в середньому витрачає щодня близько 100 грн на наркотик. Зараз лікування отримують близько 4 тис.

$100 \times 4000 = \mathbf{400\ 000}$  тис грн/день.

Стільки щодня НЕдоотримує наркобізнес завдяки впровадженню ЗПТ в Україні.

Водночас відомо: щоб отримати свої середні 100 грн на наркотики СНІВ має нанести шкоду суспільству в значно більшому розмірі. Наприклад, з моєї машини вкрали ноутбук, при цьому було розбито скло автівки. За цей ноутбук наркоспоживач, напевно, отримав не більш як 100–150 доларів США, хоча мені він коштував понад тисячу, плюс ремонт пошкодженої машини обійшовся в 250 дол. І це не враховуючи збитків від втрати даних, що були в поцупленому комп'ютері. Співвідношення 1:10 можна вважати універсальним. Тобто, якщо наркоділки недораховуються 400 тис на день, то суспільство зберігає близько **4 млн. грн. на день**.

Окрім того відомо, що завдяки ЗПТ значно знижується ризикова поведінка. За даними УІДПГЗ, ін'єкційна активність пацієнтів зменшується в 10–12 разів. Повністю підтверджуються результати попередніх досліджень американських науковців (D.Metzger, A.Moss, J.Ball) стосовно зменшення ризику зараження ВІЛ. Що це означає? Серед наших пацієнтів зараз нараховується близько 4 тис. СНІВ. З них 51%, тобто 2040, вражених ВІЛ. Решта, 1960, залишаються неінфікованими. Якби вони не отримували ЗПТ, за рік ВІЛ інфікувалося б не менш як 12%. Це складає приблизно 235 осіб. Завдяки ЗПТ рівень сероконверсії зменшується на дві третини. Це означає, що постраждає лише 78 осіб. Різниця за один рік становить 157 чоловіків і жінок, які НЕ будуть інфіковані. За даними американських дослідників, вважається, що середня вартість життєвої антиретровірусної терапії – \$310 000. Відповідно, лікування 157 хворих на СНІВ обійдеться суспільству у \$48,67 млн. Це значно більше, ніж усі

видатки на впровадження ЗПТ в Україні за останні 3 роки. До цього можна ще додати: ЗПТ забезпечує профілактику гепатиту С, який також обтяжений значними витратами від 20 до 30 тис. дол. США на рік (не менш як 5% усіх інфікованих потребують лікування в найближчі 5–10 років).

Є ще один безперечний бенефіціар впровадження ЗПТ. І це, як не дивно, лікарі-наркологи. Усі вони, працюючи в цих програмах, змінили своє ставлення до професії. Якщо раніше вони вважали свою роботу майже марною, у всякому разі стосовно лікування наркозалежності, то після ознайомлення із ЗПТ, вони переконались: наркозалежність можна лікувати. Вони бачать, наскільки помітно змінюються їхні пацієнти, вони чують відгуки родичів своїх хворих, вони спостерігають виразний терапевтичний ефект агоністів опіатів та залежність цього ефекту від адекватного дозування препаратів. Вони отримали в руки дійсно дієвий медичний інструмент, завдяки якому можна суттєво змінити ситуацію в наркології. Знайомлячись із досвідом інших країн з впровадження інтегрованого підходу, лікарі починають мислити в термінах не лише суто наркологічних, але й загально медичних. Вони більше дізнаються про діагностику та лікування ВІЛ/СНІДу, вірусних гепатитів, туберкульозу, психіатричних розладів тощо. Підвищується їхній рівень самоповаги як професіоналів. Наші дослідження із використанням спеціальних опитників, що вимірюють рівень задоволеності лікарів і медичних сестер, виявили, що майже в усіх ЛПЗ, де впроваджено ЗПТ, цей показник значно зріс. Подекуди на 40–60%.

### ***Замість епілогу***

А ось висновки закордонних експертів – професора Амброса Ухтенгагена з Цюрихського університету та доктора Еміліса Субати, доцента Вільнюського університету. Для покращення програми ЗПТ в Україні необхідно:

- Переглянути законодавчі акти, які регулюють проведення ЗПТ. Потрібна більша гнучкість програм ЗПТ і більше можливостей для індивідуальної допомоги, соціальної реінтеграції, працевлаштування.
- Забезпечити можливість продовження ЗПТ у випадках госпіталізації пацієнтів (СНІД, туберкульоз та інші захворювання).

- Забезпечити зв'язок програм ЗПТ з організаціями, що надають соціальну підтримку. Тренінги для персоналу НВО з питань оцінки потреб пацієнтів ЗПТ і надання соціальної допомоги.
- Забезпечити сайти ЗПТ додатковими приміщеннями для конфіденційного консультування й іншої психосоціальної роботи.
- Мультидисциплінарні команди повинні краще оцінювати психо-соціальні й медичні потреби і розробляти плани лікування, а також регулярно їх передивлятися.
- Створити систему постійного підвищення кваліфікації персоналу з таких питань: оцінювання психосоціальних потреб пацієнтів; розроблення і впровадження плану лікування; ЗПТ як один з підходів у сфері суспільного здоров'я; інформування про майбутні програми ЗПТ метадоном.
- За рахунок відповідних змін у правових актах підвищити терапевтичну гнучкість, при цьому забезпечуючи можливість видачі замісного препарату додому, продовження ЗПТ у випадках госпіталізації, зменшення обсягу обов'язкових записів. Водночас вживати заходів для запобігання масштабним розкраданням замісного препарату.

### **Висновки експертів**

1. Успішне і адекватне впровадження ЗПТ в Україні можливе, а ризики відхилення від вимог можна контролювати.
2. ЗПТ є високоефективною програмою зменшення вживання нелегальних наркотиків і проявів ризикованої поведінки, що асоціюється з інфікуванням ВІЛ. ЗПТ значно покращує соматичне здоров'я пацієнтів. ЗПТ зменшує прояви кримінальної поведінки пацієнтів і сприяє їхній соціальній реінтеграції.
3. Розширення програм ЗПТ можна рекомендувати як ефективний засіб у галузі охорони громадського здоров'я, особливо для контролю епідемії ВІЛ-інфекції. ЗПТ має бути невіддільним елементом національної політики протидії поширенню нелегальних наркотиків, а також системи допомоги споживачам наркотиків.
4. Необхідно ініціювати зміни регуляторної політики для того, щоб зробити можливим продовження ЗПТ у разі госпіталізації пацієнта або позбавлення його волі, а також, щоб дозволити пацієнту в

стабільному стані отримувати замісний препарат на певний час для вживання вдома.

5. Велику увагу потрібно приділяти постійному підвищенню кваліфікації персоналу в питаннях організації ЗПТ, ефективній інтеграції заходів зменшення шкоди і лікування інфекцій, які передаються через кров.
6. Результати програми можна покращити шляхом оптимізації умов праці персоналу, а також підвищення якості функціонування лікувального закладу в цілому.
7. Кількість охоплених ЗПТ має бути доведена до 20–30% від оцінної кількості СН в країні.

## Третя національна конференція з питань замісної підтримувальної терапії «Від пілотних проектів – до універсального доступу»

м.Київ 26–27 березня 2009 року



Конференція зібрала лікарів, членів мультидисциплінарних команд, високопосадовців МОЗ, експертів, пацієнтів програм ЗПТ, журналістів, представників громадських організацій та всіх небайдужих до проблем та перспектив впровадження ЗПТ в Україні, аби вони мали змогу обговорити п'ятирічний досвід та майбутнє програм ЗПТ в Україні.

Найбільш емоційно прозвучав виступ **Ольги Бєляєвої, ВГО «Асоціація учасників ЗПТ»**, яка від імені пацієнтів зверталася до тих, хто приймає рішення. *«Эта программа для нас не бесплатна, – заявила вона. – Каждый год мы платили за детоксы, за курсы реабилитации, мы отстегивали милиции и всем тем, кто придумывает самые разные способы выкачивания денег из наркозависимых. Это минимум 10 тысяч долларов в год. Умножьте на наш многолетний стаж – и вы увидите, сколько мы заплатили за участие в программе ЗПТ».*



**Сергій Дворяк, голова правління УІДПГЗ**, у своєму виступі «На шляху до інтегрованої допомоги СНІВ – деякі підсумки 5-річної роботи в проектах ЗПТ» розповів про висновки, зроблені в ході дослідження ефективності ЗПТ в Україні. *«В исследованной нами группе пациентов наблюдается существенное улучшение самочувствия, почти до нуля падает потребление инъекционных наркотиков, сексуальное поведение становится менее рискованным, – розповів Сергій.*

*Нельзя сказать, что пациенты ЗПТ становятся совершенно другими людьми – добропорядочными передовиками производства – но во всяком случае риск их заражения заболеваниями, передающимися через кровь, значительно снижается, что дает надежду таким образом повлиять на распространение эпидемии ВИЧ/СПИДа»*

**Вадим Кларфайн, завідувач відділення Полтавського обласного наркодиспансеру**, розповідаючи про досвід ЗПТ в Полтавській області, підкреслив: *«Проблемы решаются гораздо легче, если на сайте ЗПТ работают неравнодушные люди. Например, в Комсомольском районе Полтавской области впервые в Украине открыт и за месяц уже принял 14 пациентов сайт ЗПТ на базе станции скорой помощи – а ведь там работают специалисты, не имеющие отношения к наркологии!»*

На секційних засіданнях обговорювали, зокрема, необхідність вдосконалення вітчизняного законодавства щодо ЗПТ, а також проблеми та успіхи соціально-психологічного супроводу пацієнтів. Зокрема **О. Загребельний, голова ГО «Клуб «Шанс»»(м.Суми)**, підкреслив, що немає сенсу два рази на місяць проводити консультації з хімічної залежності з дорослими людьми, які мають 20-річний стаж

використання ін'єкційних наркотиків (як це передбачують положення про соціально-психологічний супровід) – набагато важливіше створити умови для спілкування й відпочинку пацієнтів, як це, наприклад, вдалося клубу «Шанс». Унікальний досвід цього клубу дуже зацікавив присутніх.

Другий день конференції було присвячено темам комплексної допомоги учасникам ЗПТ та клінічним аспектам. Дуже цікавими став виступ **Павла Куцева, директора Київського БФ «Дроп ін Центр»**, який розповів про унікальний досвід створення ефективного Інтернет-ресурсу для пацієнтів ЗПТ «Запитай!» ([www.zpt.in.ua](http://www.zpt.in.ua)) руками самих пацієнтів. **Павло Скала, керівник програм з політики та адвокації МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»**, дав дуже цінні поради щодо подолання форс-мажорних ситуацій на сайтах ЗПТ, що їх створюють представники влади, міліції та інших контролюючих органів.

## **Інтерв'ю із фахівцями програм замісної підтримувальної терапії**

***Афанасиади Т., руководитель Объединения неправительственных организаций Одесской области «Разом за життя» и региональный координатор МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине».***

### **«Программа ЗПТ стала моим спасением»**

«Я начала курить травку в 13 лет, но других наркотиков не употребляла. В 18 лет, в первом браке, я забеременела, решила сделать медицинский аборт, сдала необходимые анализы и выяснила, что у меня ВИЧ. В те времена не существовало системы консультирования, меня просто поставили перед фактом. Слова медиков прозвучали, как приговор. И тогда я начала употреблять тяжелые наркотики, пытаюсь заглушить душевную боль. Не буду рассказывать всю историю – она достаточно обычна. Мне удалось отказаться от наркотиков благодаря протестантской церкви. Затем я начала посещать Сообщество анонимных наркоманов, занялась общественной деятельностью, стала координатором «Международного Альянса

по ВИЧ\СПИД в Украине» и в этом качестве отвечала за подготовку условий для старта программы ЗПТ в Одесской области.

Программу мы реализуем более 3 лет. А сама я год назад стала ее участницей – после того, как 3 года оставалась трезвой. Дело в том, что работа администратора в подобной программе – это источник стрессов. Я окружила себя активными потребителями наркотиков и, конечно, принимала их проблемы близко к сердцу. Так или иначе, но я сорвалась. Конечно, главная причина – в том, что, даже сохраняя трезвость, я оставалась зависимым человеком.

Срыв произошел на аптечных препаратах, содержащих кодеин. Я семь раз пыталась самостоятельно отказаться от наркотиков, 28 дней пролежала в реабилитационном центре. Внутренне я была мертвым человеком, хотя внешне это не проявлялось: я выполняла свои обязанности, никто из коллег ничего не замечал. Хотя выглядела я, конечно плохо и чувствовала себя совершенно обессиленной, настоящим овощем.

Когда я перепробовала все способы выздоровления, то поняла, что выбор у меня небольшой: умирать от аптечных наркотиков, а точнее, всего остального, что входит в их состав, или начинать заместительную терапию. Принять решение было непросто, поскольку у меня сформировался негативный стереотип участника программы ЗПТ. Большинство из них выглядели как люди, активно употребляющие нелегальные наркотики не один десяток лет. Для меня же было важно сохранить свою душу и тело, поэтому я ставила перед собой цель полностью отказаться от любых препаратов. Но приходилось выбирать между «плохим» и «худшим». Вместе с мамой и мужем, который более семи лет находится в полной ремиссии, мы хорошо все взвесили, приняли коллегиальное решение, и я начала программу ЗПТ.

Сейчас же я понимаю, что с этого и надо было начинать. Программа меня просто спасла, за что я ей очень благодарна. Принимая бупренорфин, я не испытываю эйфории. Я чувствую себя трезвым, нормальным человеком. Я, в общем, и раньше была социально адаптированной, но благодаря участию в программе у меня восстановились отношения в семье, возобновился контакт и эмоциональная связь с ребенком, улучшилось состояние здоровья и самочувствие. Проконсультировавшись с врачами, я в течение полугода оставалась на первоначальной дозировке, после чего начала посте-

пенно снижать ее, подобрав наиболее комфортные для себя темпы снижения, и рассчитываю в конце концов полностью отказаться от препаратов.

Но для многих пациентов полная трезвость не является целью, да она и невозможна для всех. Для многих ЗПТ – последний шанс вести нормальный образ жизни. Когда человек говорит, что благодаря ЗПТ он уже 4 года остается на свободе – а раньше дольше полугода на свободе не был, выходил и вскоре снова садился в тюрьму – то что тут еще можно добавить?

Именно для подобных людей необходимы программы социального и психологического сопровождения, чтобы учить таких клиентов жить, как маленьких детей, – шаг за шагом, слово за словом, направляя и показывая альтернативный путь».

### ***Мамедова Э., руководитель программы ЗПТ в Киевском городском центре профилактики и борьбы со СПИДом:***

#### **«ЗПТ возвращает людям радость жизни»**

«Наш центр существует с 1998 года, а примерно с 2001 года среди пациентов стало стремительно увеличиваться число наркозависимых. Тяжело было видеть, как они страдали. Я сравниваю их с больными диабетом, которые точно так же зависят от инъекций. Мы назначали наркозависимым инъекционные заместительные препараты типа трамадола, но это ведь только временно, в стационаре. Но затем с помощью Сергея Васильевича Дворяка мы смогли открыть программу ЗПТ в нашем Центре и сегодня уже не представляем, как бы без нее обошлись. Благодаря ЗПТ улучшается и самочувствие, и настроение наших наркозависимых пациентов. Судя по моей практике (это, конечно, не статистически достоверный результат, но все же), у ВИЧ-инфицированных наркозависимых пациентов, находящихся на ЗПТ, показатель CD 4 заметно увеличивается даже без антиретровирусной терапии, только благодаря тому, что больные не добавляют себе дополнительных инфекций и перестают испытывать стресс. У них гораздо реже встречаются тромбофлебит, фурункулез, пневмония. У мужчин восстанавливается потенция, и вообще к этим людям возвращается радость жизни. За время существования программы ЗПТ в нашем Центре у нас сыграли свадьбу 12 пар!

Конечно, необходимо расширять программу, количество мест. Во всех киевских кабинетах ЗПТ – очередь. Кроме того, необходимо открыть специализированный сайт ЗПТ для больных открытой формой туберкулеза, чтобы не подвергать опасности остальных пациентов, а сейчас нам приходится брать их к себе, в Центр профилактики ВИЧ».

**Загребельный А., руководитель общественной организации «Клуб Шанс», г. Сумы:**

**«ЗПТ, пусть и медленно, меняет мировоззрение наркозависимых»**

«Наша организация занимается социальным сопровождением ЗТ в Сумах. Мы, в частности, добились того, что выписка и назначение доз происходит при участии пациентов. Хотя сам я не являюсь участником программы, поскольку полностью прекратил употреблять наркотики несколько лет назад после курса реабилитации, я убежден, что программа очень нужна. И желающих попасть в нее гораздо больше, чем число мест на сайтах. Например, у нас в городе – 25 мест, а желающих 50 (на март 2009 г – прим. ред.).

Существует проблема перераспределения препаратов с одного сайта на другой. Как известно, есть соответствующий закон, но его применение зависит от желания чиновников на местах. В результате на одних сайтах препараты складировались штабелями, на других не хватает, и врачам приходится брать на себя функции господ Бога: решать, кому из 50 человек назначить лечение, если его хватает только на 25. Как это можно решить? Конечно, главные критерии ясны: опийная зависимость, попытки лечения, определенный социальный статус. Плюс приверженность программе. Мы спрашиваем каждого претендента на участие в программе: «Что ты ждешь от программы? Как ты видишь свое будущее?». Некоторые отвечают: «Мне главное – бесплатный кайф получать». Ну и что? Я считаю, люди имеют право и на это. Просто получать препарат, не совершая для этого криминальных поступков. А там пройдет время, и ценности человека постепенно изменятся, он пересмотрит свои цели. Мировоззрение пациентов ЗПТ меняется, пусть и очень медленно, по миллиметру в день, но меняется!»

**Демченко М., исполнительный директор  
Благотворительной ассоциации «Свет надежды»,  
г. Полтава:**

**«Без программы ЗПТ почти невозможно лечить  
наркозависимых от ВИЧ и туберкулеза»**

«Прежде чем заняться поддержкой и адвокацией ЗПТ и ее социальным сопровождением, сотрудники нашей организации долго дискутировали на тему: а стоит ли это делать. «Свет надежды» существует с 1999 года, у нас много разных программ дл ВИЧ-инфицированных и наркозависимых, в том числе две реабилитационные программы – амбулаторная и в стационаре. Мы поддерживаем философию drug free. Многим сотрудникам казалось, что это не должно сочетаться с программой ЗПТ. Но все-таки мы решили заняться поддержкой этой программы, прежде всего потому, что верим (и статистика это подтверждает): ЗПТ помогает остановить развитие эпидемии ВИЧ/СПИД. И мы очень довольны результатами программы. Дело в том, что философия drug free подходит не всем. Скажем, программа «12 шагов» подразумевает восстановление социальных связей, первые полгода нельзя работать, нужно заниматься своим здоровьем... Мы рассказываем людям о честности, доброте, духовном росте... Все это имеет смысл, когда перед нами – молодой человек. У которого еще не все потеряно в жизни. Но станет ли нас слушать тот, кто уже 20–30 лет употребляет наркотики, кто потерял все свои социальные связи, глубоко увяз в криминальной среде? Таким людям наши призывы к духовному росту кажутся смешными. Им это не подходит. Плюс реабилитация стоит дорого, и такие люди просто не в состоянии ее оплатить. Поэтому без программы ЗПТ мы теряли очень многих. Пройдет человек курс реабилитации, а через полгода сорвется – и вот уже мы узнаем, что он умер.

Наконец, для ВИЧ-позитивных главное – не трезвость, а курс антиретровирусной терапии. Если человек активно употребляет «уличные» наркотики, он просто не в состоянии проходить АРТ. Для начала там надо сдать много анализов, некоторые обязательно утром, натощак. А как ты сдашь что-то утром натощак, когда утром надо искать дозу? То же с больными туберкулезом. Для них главное – лечение. Без ЗТ заставить их начать лечение очень сложно.

Сейчас мы уже видим прекрасные результаты ЗПТ. 46 человек трудоустроено (правда, это было до начала кризиса, сейчас чуть сложнее). Более 10 человек начали АРТ. Я лично знаю одну женщину, которая проходила курс реабилитации и у нас, и в Австрии, и в Португалии – где только она ни лечилась – но каждый раз срывалась, и с каждым разом скатывалась все ниже. Это всегда так: после каждого перерыва в приеме наркотиков и нового срыва ситуация усугубляется, в том числе из-за чувства вины. Попала к нам в программу ЗПТ. Сейчас она уже начала курс АРТ, активно взялась за развитие движения групп самопомощи.

Или вот еще результат: у нас 4 девушки родили за время существования программы! Одна из них была проституткой на трассе, лет 15 употребляла наркотики. Считала, что не может забеременеть, у нее даже месячных не было, как у многих наркозависимых женщин. Но в программе ее здоровье настолько улучшилось, что она забеременела от своего сожителя. Врач-гинеколог, когда ее увидел, застонал: «Ой, нет, только не она!» Отказывался ее вести, потому что раньше она была у него на приемах, и впечатление оставила самое плохое. Но мы его уговорили, а уже через три дня доктор нам признался, что он не узнает эту девушку, она стала совершенно другим человеком. Раньше, в самом начале программы, она приходила на сайт с сигаретой, бутылкой пива, мат через слово, плевки... Теперь ничего этого нет. Здоровые мысли, планы на будущее, нормальное отношение к окружающим. Она родила здоровую двойню, воспитывает детей вместе с их отцом. И еще три девушки родили, у них тоже все благополучно. А без программы ЗПТ они либо вообще не забеременели бы, либо сделали бы аборт».

***Сухопарова И., президент благотворительного фонда «Надежда и доверие», объединяющего родителей наркозависимы, г. Киев***

**«ЗПТ – это единственный способ наладить жизнь наших семей»**

«Моя дочь уже 4 года в программе ЗПТ. До этого она 8 лет употребляла наркотики. Два года я не догадывалась о причинах ее странного поведения, думала, такой возраст, 18–19 лет, становление характера. В те годы еще было мало информации о наркотиках.

Потом я узнала правду. Начали дочку лечить. Потратили много денег, обошли и объехали множество врачей и больниц. Но лечения адекватного нет, и не только у нас – во всем мире. Трижды дочь проходила реабилитацию в христианских центрах. Но рано или поздно все начиналось сначала. И опять – поездки за маком, уходы из дома, воровство...

О программе ЗПТ она узнала сама. Я вначале была против, это ведь наркотик, как же так! Но все-таки решила ей помочь. Мы получили направление в программу без всяких денег – там действительно работают Врачи с большой буквы. И жизнь наладилась. Моя дочь стала совершенно другим человеком. Вышла замуж за парня, вместе с которым пришла в программу ЗПТ. Начала работать ведущим бухгалтером в банке. Правда, пришлось уйти: приезжать на работу нужно к 9, а сайт открывается только в 8:30. Дочка опаздывала и из-за этого сильно нервничала. Теперь она работает у нас в фонде, живет совершенно нормальной жизнью. То, что было раньше, и что теперь, – это небо и земля.

А вот истории двух девушек, которые не попали в программу ЗПТ. Я знакома с их мамами – нас объединяла общая беда, мы часто общались. Обменивались новостями о том, какое лечение проходят наши дочери. Одна из девушек не так давно была госпитализирована в больницу с шестимесячной беременностью и гангреной ноги. Вызвали искусственные роды. Ногу ампутировали. Попутно обнаружили ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С. Кстати, тот факт, что она поздно обратилась в больницу, – это очень характерно для наркозависимых. Медики относятся к ним негативно, с большим предубеждением, гораздо менее толерантно, чем обычные люди, далекие от этой проблемы. Поэтому наркозависимые обращаются к врачам только на грани смерти – вот как в этот раз. С гангреной, пневмонией, флегмоной...

Вторая история – о девушке, которая тоже не попала в программу, и даже не очень хотела в нее попасть – у нее было мало информации, но много опасений. У этой девушки была ремиссия после христианского реабилитационного центра. Она за это время родила ребенка, очень любила его. Прекрасно о нем заботилась, но не удержалась – сорвалась. Бросила ребенка на бабушку, сама начала зарабатывать проституцией. Уже будучи во 2-й системе, забеременела второй раз. Но с этим ребенком вообще не сидела ни дня, сразу

отдала его бабушке. А бабушка сама работает, так что за малышами смотрел дедушка. Младшего хотела усыновить какая-то канадская пара, но, поскольку ребенок был рожден где-то под забором, без всяких документов, то усыновление невозможно. Недавно мать нашла свою дочь умирающей от цирроза печени.

Сравнивая судьбы тех, кто попал в программу, и тех, кто в нее не попал, любой может убедиться, что программа – это спасение, выход для наркозависимых. Мы в нашем фонде проводили анкетирование родителей, и все написали, что программа ЗПТ – это единственный способ наладить жизнь».

### **Борейко А., психолог программы ЗПТ реабилитационного центра «Ступени»**

#### **«Стабильная жизнь важнее, чем идеал полной трезвости»**

«Люди, приходящие в программу ЗПТ, страстно желают изменить свою жизнь, выкарабкаться. Я стараюсь помочь им, хотя это сложно: они никому не доверяют, им трудно открываться перед другими людьми. Они не уверены в себе, у них обычно заниженная самооценка, они убеждены, что общество их все равно не примет. Лишь единицам удается влиться в социум. Ведь у этих людей фактически нет опыта социализации: большинство из них начало употреблять наркотики почти в детстве, лет в 13–15. Проблемы в семьях, непонимание, диктатура родителей – как следствие, юношеский бунт, плохие компании. И вот результат. Тем не менее, этим людям можно помочь. Постепенно, после второй-третьей консультации, они начинают доверять мне, обсуждать как свои личные проблемы, так и внутренние состояния. Хотя бы раз в месяц мы встречаемся с каждым пациентом. Я не жду разительных изменений. Сдвиги есть, пусть очень небольшие, но и это уже неплохо. Раньше мне казалось, что главная цель лечения наркозависимых – это полный отказ от употребления всех наркотиков и препаратов ЗПТ в том числе. Но за год работы на сайте я увидела всего троих пациентов, которым это удалось. Сейчас я понимаю, что для пациентов программы стабильная жизнь с возможностью принимать препараты – важнее, чем идеал полной трезвости».

Після обговорення підсумків конференції, дискусії та пропозицій учасників була прийнята резолюція конференції:

## **Резолюція конференції**

Заслухавши та обговоривши представлені доповіді, учасники конференції вирішили звернутися до МОЗ України та організацій, які впроваджують та супроводжують програми ЗПТ з пропозиціями:

1. З метою забезпечення підготовки фахівців та спеціалістів, необхідних для розширення програм ЗПТ:
  - розробити на основі адаптованої навчальної програми ВООЗ з питань ЗПТ національний модуль для підготовки фахівців у сфері лікування наркозалежності;
  - під час проведення ПАЦ та ТУ на базі закладів післядипломної освіти забезпечити навчання наркологів з питань ЗПТ;
  - забезпечити навчання організаторів охорони здоров'я (начальників управлінь охорони здоров'я та їх заступників) з питань організації ЗПТ (конференції, семінари тощо);
  - забезпечити безперервний консультативний та навчально-методичний супровід мультидисциплінарних команд ЗПТ;
  - продовжити підготовку національних тренерів з питань ЗПТ;
  - створити регіональні ресурсні центри з питань ЗПТ;
  - вивчити питання та залучити до надання психосоціального супроводу пацієнтів програм ЗПТ фахівців Державних соціальних служб у справах сім'ї, дітей та молоді.
2. З метою забезпечення лікарськими засобами та розширення програм ЗПТ:
  - вивчити та обґрунтувати оптимальний перелік препаратів ЗПТ в Україні;
  - внести до стандартів надання наркологічної допомоги перелік препаратів ЗПТ, що визначені як оптимальні для використання;
  - з метою забезпечення безперервності лікування розробити та запровадити механізм перерозподілу препаратів ЗПТ на рівні області;
  - вивчити можливість розподілу препаратів ЗПТ на регіон (АР Крим або область), а не на конкретні ЛПУ;
  - провести аналіз ситуації у лікувально-профілактичних закладах, які не розпочали програму ЗПТ, та вжити необхідних заходів щодо введення програм в дію;

- уможливити здешевлення логістики програм ЗПТ;
  - підготувати стратегічний план збереження та розвитку програм замісної терапії з використанням бупренорфіну в Україні.
3. З метою усунення нормативних перешкод для розширення програм ЗПТ
- забезпечити регулярну роботу міжвідомчої робочої групи з питань ЗПТ при МОЗ України;
  - забезпечити доопрацювання, узгодження та затвердження відповідним нормативно-правовим актом «Положення про проведення ЗПТ»;
  - внести зміни у нормативно-правову базу щодо обігу наркотичних речовин, які нададуть можливість більш тривалого зберігання препаратів в установах, полегшать процес призначення препаратів, уможливлять видачу препаратів на руки пацієнтам;
  - розробити та затвердити нормативні документи, які визначають нормативи праці у програмах, дозволять оптимізувати ведення документації, запровадять правила охорони праці;
  - внести зміни та доповнення до «Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу медичного призначення», затверджених наказом МОЗ України від 19.07.2005 № 360, доповнивши перелік наркотичних лікарських засобів актуальними препаратами ЗПТ усіх дозувань та передбачити оптимальну гранично допустиму їх кількість для відпуску на один рецепт;
  - направити в обласні управління охорони здоров'я роз'яснення щодо можливості рецептурного відпуску препаратів для замісної терапії та визначення наказом аптечних закладів, що зможуть видавати препарат за рецептом, провести роботу щодо розповсюдження цієї практики;
  - провести роботу серед медичних фахівців, які надають послуги на сайтах ЗПТ, з недопущення порушень наказу МОЗ України від 19.07.2005 № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби...», а саме – щодо забезпечення видачі препаратів ЗПТ у формі, одержаної з аптеки. Залучити до формування прихильності до лікуван-

ня ЗПТ активістів програм – консультантів за принципом «рівний – рівному».

4. З метою забезпечення постійного моніторингу та оцінки ефективності програм ЗПТ в Україні
  - створити національний реєстр учасників програм ЗПТ з якнайбільшим дотриманням конфіденційності персоналізованої інформації;
  - з метою надання медичної допомоги при нещасних випадках, надати кожному учаснику програми посвідчення єдиного зразку з обумовленим строком і можливістю його продовження;
  - затвердити обліково-звітні форми наказом МОЗ.
5. З метою забезпечення наукового супроводу провадження ЗПТ:
  - провести порівняльне дослідження щодо вивчення соціально адаптаційної, медичної та економічної доцільності існуючих моделей ЗПТ (метадон та бупренорфін) та психо-соціального супроводу з урахуванням рівня виконання завдань програм ЗПТ;
  - розробити керівництво з питань впровадження програм інтегрованих послуг;
  - впровадити національну систему моніторингу програм ЗПТ.
6. З метою поширення досвіду та запровадження нових практик
  - створити на сайті УІДПГЗ розділ з описом інноваційних практик, зразками документів, листів тощо та постійно його оновлювати
7. З метою обґрунтування потреби та оптимальних моделей надання ЗПТ в Україні:
  - провести дослідження щодо визначення та обґрунтування потреб в ЗПТ в Україні;
  - розробити методику визначення потреб в ЗПТ на рівні АР Крим та областей;
  - провести оцінку потужності та професійного рівня наявних лікувально-профілактичних закладів, які проваджують програми ЗПТ, з метою визначення ефективності, враховуючи економічну складову, та визначити рівень фінансування відповідно до результатів оцінки;

- провести дослідження економічної доцільності лікування наркозалежності та порівняння із наслідками, що виникають у разі відсутності лікування;
  - вивчити досвід проектів ЗПТ, які впроваджуються в Україні, для обґрунтування оптимальної моделі надання ЗПТ;
8. З метою забезпечення представництва учасників програми ЗПТ:
- забезпечити участь представників ВГО «Асоціація учасників ЗПТ» на всіх етапах прийняття рішень щодо розширення ЗПТ, вибору препаратів ЗПТ тощо;
  - підтримувати ініціативи спільноти учасників ЗПТ щодо участі їх представників у засіданнях міждисциплінарних команд при відборі потенційних пацієнтів ЗПТ.
9. З метою інституалізації та створення умов стабільного функціонування програм ЗПТ на державному та регіональних рівнях:
- визначити права та обов'язки місцевих органів влади (в т.ч. управлінь охорони здоров'я) у сфері впровадження та удосконалення ЗПТ;
  - розглянути доцільність виробництва препаратів ЗПТ в Україні;
  - визначити можливості кадрового забезпечення програм ЗПТ у регіонах.
10. З метою створення сприятливого середовища для реалізації та розширення програм ЗПТ на регіональному рівні:
- Звернутись до Президента України Ющенка В.А., Прем'єр-міністра України Тимошенко Ю.В. та Голови Верховної Ради України Литвина В.М. з проханням негайно відреагувати на ситуацію, що склалася з програмою ЗПТ у місті Севастополь, та запобігти спробам заборонити програми ЗПТ з боку місцевої влади в інших регіонах України (копія відкритого звернення додається);
  - забезпечити оперативне реагування у межах чинного законодавства на спроби перешкодити реалізації або розширенню програм ЗПТ (оскарження незаконних дій, залучення правозахисників, висвітлення проблематики у ЗМІ тощо);
  - забезпечити взаємодію та регулярне інформування місцевих органів влади, правоохоронних органів та ЗМІ про реалізацію програм ЗПТ, основні проблеми та перспективи розширення програм.

# НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗПТ

## **1.1. Нормативні акти МОЗ України з питань замісної підтримувальної терапії**

---

В результаті спільних зусиль зацікавлених організацій, які координував УІДПГЗ, активізувала свою діяльність Міжвідомча робоча група з питань замісної підтримувальної терапії МОЗ України. Перше засідання групи в оновленому складі відбулося 01.09.08 р, надалі засідання відбуваються щоквартально. Зусиллями Інституту та за підтримки МОЗ України підготовлено проекти наказів МОЗ, які згодом набули чинності:



### МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НАКАЗ

N 407

25.07.2008

м.Київ

#### **Про затвердження графіків розподілу препарату «Метадол» (метадону гідрохлориду)**

З метою подальшого впровадження замісної підтримуючої терапії для ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків (з опіоїдною залежністю) та споживачів ін'єкційних наркотиків з ВІЛ-негативним статусом, на виконання пункту 2 статті 3 Указу Президента України від 12.12.07 №1208 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», наказу МОЗ України від 13.04.05 №161 «Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків» та з метою здійснення постійного контролю за отриманням та використанням препарату «Метадол» (метадону гідрохлорид), що закуповується та поставляється в Україну МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в

Україні», а також забезпечення програм замісної підтримуючої терапії, які впроваджуються МОЗ спільно з МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», ВБО «Всеукраїнська Мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД» та Фондом Вільяма Дж. Клінтона

#### НАКАЗУЮ:

1. Затвердити графіки розподілу препарату «Метадол» (метадону гідрохлорид) (далі- «Метадол») між закладами охорони здоров'я для 5293 пацієнтів (продовження впровадження програми замісної підтримуючої терапії) в межах квоти, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 04.06.08 №518 «Деякі питання обігу наркотичних засобів і психотропних речовин», що додаються.

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам Головних управлінь охорони здоров'я Дніпропетровської, Київської, Львівської та Чернівецької обласних держадміністрацій, управлінь охорони здоров'я Волинської, Донецької, Житомирської, Запорізької, Івано-Франківської, Кіровоградської, Луганської, Миколаївської, Полтавської, Сумської, Тернопільської та Херсонської обласних держадміністрацій, управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської та управління охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської обласних держадміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської держадміністрації:

2.1. Визначити і закріпити відповідними наказами аптечні заклади, які мають діючі ліцензії на виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, ввезення, вивезення, відпуск і знищення наркотичних засобів (списку 1 таблиці II та списку 1 таблиці III) та будуть отримувати, зберігати, перевозити і відпускати «Метадол» для закладів охорони здоров'я, зазначених у графіках розподілу, затверджених цим наказом.

2.2. Забезпечити контроль за збереженням та цільовим використанням препарату «Метадол».

2.3. Врахувати, що використання препарату «Метадол», з метою розширення замісної підтримуючої терапії, згідно затверджених цим наказом графіків, розпочнеться після використання препарату за графіками, затвердженими наказом МОЗ України від 04.06.07 №295 «Про затвердження графіків розподілу препаратів «Ендок»

(бупренорффіну гідрохлорід) і «Метанол» (метадону гідрохлорід), та після надходження в заклад зазначеного препарату.

3. Голові правління ДАК «Ліки України». Тітенко Л. В – отримувачу гуманітарної допомоги у вигляді препарату «Метадол» – для проведення аналізів якості згідно з аналітико-нормативною документацією на препарат «Метадол» забезпечити передачу препарату у кількості двох грамів Державному підприємству «Центральна лабораторія з аналізу якості лікарських засобів» Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення МОЗ України (директор Маркін Р. О.).

4. Головному позаштатному спеціалісту МОЗ зі спеціальності «Наркологія», Директору Українського медичного та моніторингового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України Вієвському А. М., головному лікарю Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» Ярому В.В. – відповідальній особі закладу -набувачу гуманітарної допомоги у вигляді препарату «Метадол», наданого МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» для програми замісної підтримуючої терапії:

4.1 Забезпечувати підготовку проектів розподілу, отримання та контроль видачі і цільового використання «Метадолу» у відповідності із заявками регіонів.

4.2 Вносити пропозиції стосовно перерозподілу «Метадолу» відповідно до поточних змін потреби закладів охорони здоров'я, які проводять замісну підтримуючу терапію, з метою забезпечення безперервності лікувального процесу.

5. Головному позаштатному спеціалісту МОЗ зі спеціальності «Наркологія» Директору Українського медичного та моніторингового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України Вієвському А.М. спільно з начальником центру медичної статистики МОЗ України Голубчиковим М.В. забезпечити розробку звітно – облікових форм (дані про пацієнтів, які отримують замісну підтримуючу терапію та про залишки лікарських засобів, які використовуються для замісної підтримуючої терапії) та інструкцій для їх заповнення та подати їх на затвердження в установленому порядку.

6. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Бідного В. Г.

**В. о. Міністра**

**В.Г.Бідний**



## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### НАКАЗ

№ 429

04.08.2008

м.Київ

#### ***Про удосконалення роботи міжвідомчої робочої групи з питань замісної підтримуючої терапії***

На виконання підпункту 2 пункту 3 Указу Президента України від 12.12.07 №1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 04.03.04 №264,

**НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити склад міжвідомчої робочої групи з питань замісної підтримуючої терапії, що додається.

2. Голові міжвідомчої робочої групи з питань замісної підтримуючої терапії, першому заступнику Голови Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам Михальчуку В. М.:

2.1. Забезпечити перегляд чинних та розробку проектів нормативно-правових актів з питань замісної підтримуючої терапії;

2.2. Розробити та подати на затвердження проект плану подальшого розширення замісної підтримуючої терапії в Україні у 2008 році.

3. Засідання міжвідомчої робочої групи проводити по мірі необхідності, за листом голови робочої групи, першого заступника голови Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам Михальчука В. М.

4. Українському Інституту досліджень політики щодо громадського здоров'я (за згодою) забезпечити технічний супровід діяльності міжвідомчої робочої групи МОЗ з питань замісної підтримуючої терапії.

5. Вважати таким, що втратив чинність, наказ МОЗ України від 25.01.07 №29 «Про створення міжвідомчої робочої групи з питань замісної підтримуючої терапії».

6. Контроль за виконанням цього наказу залишаю за собою.

**В.о. Міністра**

**В.Г.Бідний**



## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### НАКАЗ

N 529

18.09.2008

м.Київ

**Про внесення змін та доповнень до наказів МОЗ України від 04.06.2007 р. № 295 «Про затвердження графіків розподілу препаратів «Еднок» (бупренорфіну гідрохлорид) і «Метадол» (метадону гідрохлорид)» та від 25.07.2008 р. № 407 «Про затвердження графіків розподілу препарату «Метадол» (метадону гідрохлорид)»**

У зв'язку з поточними змінами потреби закладів охорони здоров'я у препараті «Метадол» (метадону гідрохлорид), з метою забезпечення безперервності лікувального процесу і удосконалення нормативного забезпечення замісної підтримувальної терапії для хворих з опіоїдної залежністю

НАКАЗУЮ:

1. Внести зміни та доповнення до наказу МОЗ України від 04.06.2007 року № 295 «Про затвердження графіків розподілу препаратів «Еднок» (бупренорфіну гідрохлорид) і «Метадол» (метадону гідрохлорид)»:

1.1. Викласти пункт 2 наказу в наступній редакції: «Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам Головних управлінь охорони здоров'я Донецької, Дніпропетровської, Київської, Львівської, Луганської та Чернівецької обласних держадміністрацій, управлінь охорони здоров'я Волинської, Житомирської, Закарпатської, Запорізької, Івано-Франківської, Кіровоградської, Миколаївської, Полтавської, Рівненської, Сумської, Тернопільської, Херсонської та Чернігівської обласних держадміністрацій, управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської та управління охорони

здоров'я та медицини катастроф Одеської обласних держадміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської держадміністрації вжити заходів для організації та впровадження замісної підтримувальної терапії з використанням препаратів «Бупренорфіну гідрохлорид» та «Метадону гідрохлорид» для споживачів ін'єкційних наркотиків у відповідності до графіків розподілу цих лікарських засобів, затверджених поточним наказом; визначити і закріпити відповідними наказами аптечні заклади, які мають діючі ліцензії на виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, ввезення, вивезення, відпуск і знищення наркотичних засобів (списку 1 таблиці II та списку 1 таблиці III) та будуть отримувати, зберігати, перевозити і відпускати препарати для закладів охорони здоров'я, зазначених у графіках розподілу, затверджених цим наказом.»

1.2. Внести зміни до графіків розподілу препарату «Метадол» (метадону гідрохлорид) для чого замінити Ізмаїльський міський пологовий будинок на Ізмаїльську міську лікарню № 1. Розподіл лікарського засобу для пацієнтів Ізмаїльської міської лікарні № 1 залишити в обсягах, які попередньо були передбачені і закріплені графіками розподілу для пацієнтів Ізмаїльського міського пологового будинку.

2. Внести зміни до наказу МОЗ України від 25.07.2008 року № 407 «Про затвердження графіків розподілу препарату «Метадол» (метадону гідрохлорид) та викласти пункт 2 і підпункт 2.1. наказу в наступній редакції:

«Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам Головних управлінь охорони здоров'я Донецької, Дніпропетровської, Київської, Львівської та Чернівецької обласних держадміністрацій, управлінь охорони здоров'я Волинської, Житомирської, Запорізької, Закарпатської, Івано-Франківської, Кіровоградської, Луганської, Миколаївської, Полтавської, Рівненської, Сумської, Тернопільської, Херсонської, Хмельницької та Чернігівської обласних держадміністрацій, управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської та управління охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської обласних держадміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської

та міської держадміністрації, управління охорони здоров'я Севастопольської міської держадміністрації:

2.1. Вжити заходів для організації та впровадження замісної підтримувальної терапії з використанням препарату «Метадол» для споживачів ін'єкційних наркотиків у відповідності до графіків розподілу цих лікарських засобів, затверджених цим наказом. Визначити і закріпити відповідними наказами аптечні заклади, які мають діючі ліцензії на виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, ввезення, вивезення, відпуск і знищення наркотичних засобів (списку 1 таблиці II та списку 1 таблиці III) та будуть отримувати, зберігати, перевозити і відпускати «Метадол» для закладів охорони здоров'я, зазначених у графіках розподілу, затверджених цим наказом.»

3. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров'я України Бідного В. Г.

**Міністр**

**В.М.Князевич**



## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### НАКАЗ

N 476

19.08.2008

м.Київ

#### ***Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків***

На виконання пункту 9 Заходів з виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів від 04.03.04 №264

*НАКАЗУЮ:*

1. Затвердити стандарт лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків (далі – Стандарт), що додається.

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій забезпечити впровадження Стандарту, затвердженого пунктом 1 цього наказу, в підпорядкованих лікувально-профілактичних закладах, в яких надається медична допомога ВІЛ-позитивним людям, які є споживачами ін'єкційних наркотиків.

Контроль за виконанням цього наказу залишаю за собою.

**В. о. Міністра**

**В.Г.Бідний**



## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### НАКАЗ

N 645

10.11.2008

м.Київ

#### ***Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів»***

На виконання пункту 26 Заходів з виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів від 04.03.04 № 264, з метою забезпечення науково-методичного забезпечення провадження замісної підтримувальної терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити методичні рекомендації «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів» (додаються).

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам головних управлінь охорони здоров'я Дніпропетровської, Луганської, Львівської та Харківської, Київської, Головного управління охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської, управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, управління охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської, управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та управління охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій забезпечити впровадження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів», затверджених цим наказом, в підпорядкованих лікувально-профілактичних закладах

3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра В.Д.Юрченка.

**Міністр**

**В.М.Князевич**

## **1.2. Методичне забезпечення замісної підтримувальної терапії**

---

### **1.2.1. Заместительная терапия. Тренинговое руководство (аннотация)/ К.:УИИПОЗ, 2008. – 115 с.**

Данное издание подготовлено в рамках проекта «Организационно-методическое сопровождение программ заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ) в рамках программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине»; развитие Украинского ресурсного центра ЗПТ». Продукция издана при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в рамках реализации программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине».

#### Содержание

Введение

Список сокращений

1. Модуль 1

1.1. Опиоиды, синдром зависимости от опиоидов и абстинентный синдром. Обзор необходимых базовых знаний об опиоидах и синдроме зависимости от них.

1.2. Принципы эффективного лечения опиоидной зависимости. Обзор обобщенных научных данных о факторах, повышающих эффективность лечения зависимостей.

1.3. География ЗПТ.

1.4. Информированное согласие на участие в ЗПТ и основы взаимоотношений между персоналом и пациентом в процессе лечения. Основы взаимоотношений персонала и пациента, значение информированного согласия и лечебных планов.

1.5. Обязанности врача, медицинской сестры, социального работника, психолога, волонтеров. Основные роли врача, медицинской сестры (специалиста по медицинскому уходу), социального работника, психолога, представителей НПО в проведении заместительной терапии.

- 1.6. Схема медицинской оценки (сбора анамнестических данных и осмотра пациента). Специфика первичной медицинской оценки состояния лиц, употребляющих ПАВ.
- 1.7. Модель 3 функций опроса пациента/клиента: сбор информации, эмоциональная поддержка информирование (обучение) пациента. Принципы эффективного ведения опроса пациента/клиента.
- 1.8. Нормативно-правовые основы заместительной поддерживающей терапии в Украине.
- 1.9. Заместительная терапия в Украине.

## **2. Модуль 2**

- 2.1. Принципы подбора начальных и поддерживающих доз метадона и бупренорфина. Эффективные дозы при ЗТ.
- 2.2. Побочные явления при употреблении заместительных препаратов.
- 2.3. Взаимодействие метадона и алкоголя: рекомендации, пути решения проблем.
- 2.4. Прекращение заместительной терапии. Ситуации, когда ЗТ прекращается. Факторы, влияющие на прекращение ЗТ. Типичные схемы лечения абстинентного синдрома.

## **3. Модуль 3**

- 3.1. Особенности заместительного лечения для групп больных с особыми потребностями.
- 3.2. Профилактика ВИЧ и АРВ терапия в программе заместительной терапии.
- 3.3. Навыки и умения в области профилактики передозировки.
- 3.4. Диагностика и лечение психиатрических расстройств у потребителей инъекционных наркотиков.

## **4. Приложения**

- 4.1. Индукция в метадоновых программах заместительной терапии опиоидной зависимости (перевод УИИПОЗ).
- 4.2. Контроль за наркотической передозировкой посредством распространения налоксона по методу «равный-равному»: обзор обоснований.
- 4.3. Чем отличаются метадон и бупренорфин?

- 4.4. Лекарственные взаимодействия между препаратами, которые используются для терапии при ВИЧ-инфекции, и препаратами, которые используются в лечении опиоидной зависимости (героиновой и от рецептурных опиоидов).
- 4.5. Наиболее часто задаваемые вопросы.
- 4.6. Случаи для обсуждения потребители наркотиков.

Быстро нарастающая эпидемия ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы и, в частности, в Украине и ее связь с потреблением наркотиков делает очень актуальным лечение опиоидной зависимости. Данные современной науки и медицинской практики показывают, что сегодня самым эффективным методом лечения зависимости от опиоидов является заместительная терапия.

Тренинговое Руководство «Заместительная терапия» разработано для того, чтобы помочь в организации обучения междисциплинарной команды (МДК) специалистов, которые будут проводить заместительную терапию пациентам с зависимостью от опиоидов. «Команда специалистов может включать в себя врачей разных специальностей – наркологов и психиатров, врачей общей практики, семейных врачей, инфекционистов и других врачей, специалистов по медицинскому уходу (медицинских сестер, фельдшеров), как имеющих опыт работы, так и начинающих работать в сфере лечения опиоидной зависимости. Для успешной командной работы также необходимо профессиональное участие других специалистов – социальных работников, психологов, которые имеют должную подготовку в своей специальности. На обучения с использованием данного руководства желательно привлекать и представителей НГО, проводящих определенную работу с потребителями наркотиков, членами их семей. Обучение может проводиться для представителей групп самопомощи потребителей наркотиков и людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), волонтеров, проводящим работу по принципу «Равный-равному».

В целом, данное Руководство направлено на обучение специфической работы в программах лечения заместительными препаратами – метадон и бупренорфином, на обучение организации командной работы по лечению зависимости, профилактике инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции, а также ресоциализации

пациентов, для адвокации повышения доступности медицинской помощи и лечения наркотической зависимости. Руководство основано на опыте, который используется в ходе обучения в разных странах развивающегося и развитого мира. Подход, используемый в данном Руководстве, направлен на внесение значимого вклада в предотвращение передачи ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

Создание данного Руководства было инициировано Международным Благотворительным Фондом «СПИД Фонд Восток – Запад» и Сетью Снижения Вреда Центральной и Восточной Европы в рамках проекта Всемирной Организации Здравоохранения и Немецкого Агентства Технической Поддержки «Предотвращение ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков». Изначально Руководство предназначалось для Учебно-Информационного Центра по Снижению Вреда для Восточной Европы и Центральной Азии.

Основной вариант Руководства подготовлен Эмилисом Субатой, главным наркологом Литвы, и Ритой Крикшюкайтите (Вильнюсский центр лечения зависимостей, Вильнюс, Литва). При разработке этого варианта Руководства была организована техническая группа экспертов для анализа и предоставления комментариев по материалам руководства. В группу экспертов входили Леонид Власенко, Тынчтыкбек Асанов, Александр Слатвицкий, Анна Саранг, Владимир Позняк. Следует упомянуть также: Мартина Донохью, руководителя проекта; Владлена Басистого, супервайзера проекта; группу экспертов по контролю над внедрением проекта – Анну Тельчик, доктора Юрия Саранкова, доктора Ульриха Лаукама Йостена, группу экспертов по пилотированию тренинговых материалов – Раминту Штуйките, Веру Кобзеву; Алексея Мартынова, разработчика дизайна для тренинговых материалов.

Представленный ниже вариант Руководства адаптирован для применения в Украине с учетом особенностей нормативно-правового регулирования в стране, а также последних научных данных в лечении опиоидной зависимости и подготовке специалистов. Кроме того тренинг рассчитанный на 5 дней несколько сократили с тем, чтобы необходимую информацию преподать за 3 дня. (Практика показала, что достаточно сложно собрать специалистов на более длительный срок). В адаптации руководства и подготовке дополнительных материалов принимали участие Сергей Дворяк, Ирина

Гришаева, Андрей Карачевский, Павел Скала, Леонид Власенко, Константин Думчев. Учитывались подходы к заместительной терапии опиоидами, содержащиеся в Протоколе совершенствования лечения TIP 43 Министерства здравоохранения США, а также подходы, предложенные Шэрон Станклиф (Sharon Stancliff) в ее работах. Были использованы презентации, подготовленные Шэрон Станклиф (Коалиция снижения вреда) и Лори Силла (Laurie Silla) (Йельский университет). Материалы для тренинга постоянно обновляются. Последние данные можно получить, обратившись на сайт УИИПОЗ [www.uiphp.org.ua](http://www.uiphp.org.ua)

**1.2.2. Власенко Л. Руководство для клиентов программ заместительной поддерживающей терапии (аннотация) / Л. Власенко / Научная редакция канд. мед. наук С. Дворяк – К.: УИИПОЗ, 2005. – 20 с.**

Данное руководство подготовлено по методическим рекомендациям «Использование заместительной терапии метадоном и бупренорфином в лечении и реабилитации больных синдромом зависимости от опиатов» утвержденных приказом МЗ Украины. Издание подготовлено в рамках проекта «Научно-методическое сопровождение внедрения заместительной поддерживающей терапии для ПИН» при содействии Международного фонда «Видродження» и МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД».

Содержание

От автора

1. Права пациента
2. Добро пожаловать в лечебно-реабилитационную программу с использованием заместительной терапии!
3. Что такое заместительная поддерживающая терапия?
4. Основные правила заместительной поддерживающей терапии
5. Окончание лечения
6. Особые вопросы
  - Заболевания и травмы в период лечения
  - Арест
  - Заместительная терапия и ВИЧ.
  - Взаимодействие АРВ препаратов и метадона, бупренорфина.

Передозировки

Что надо делать, если кто-нибудь передозировался?

Какие признаки метадоновой передозировки?

Что может случиться, если не лечить передозировку?

7. ЗПТ и женщины

8. Конфиденциальность

9. Защита прав пациента

Вот уже почти 40 лет в мире существует лечение опийной зависимости с использованием заместительных препаратов «заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ).

Этот подход доказал свою эффективность и в настоящее время более 500000 пациентов по всему миру получают ЗПТ. Все большее число стран начинают использовать ее в лечении опийной зависимости. Это США, Канада, Китай, некоторые страны Юго-Восточной Азии, практически все страны Европейского Союза, страны восточной Европы, бывшие республики СССР Литва, Азербайджан и Кыргызстан. Основная цель лечения «помочь пациентам прекратить прием нелегальных наркотиков, улучшить состояние их здоровья, предотвратить неблагоприятные последствия инъекционного потребления наркотиков (передозировки, распространение, ВИЧ-инфицирование, гнойные и септические осложнения, гепатиты) гармонизировать взаимоотношения в семье и с окружающими, уйти от криминальной жизни, дать возможность трудиться.

С этой целью пациентам предоставляется целый комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, включающий регулярное врачебное консультирование и наблюдение, назначение замещающего препарата (метадона или бупренорфина) по индивидуальной схеме в специально подобранной дозировке. А также регулярные консультации социального работника и психолога, которые помогут справиться с психологическими трудностями и решить многие проблемы повседневной жизни (трудоустройство, восстановление утраченных документов, семейное консультирование). При необходимости предоставляется возможность консультирования и лечения другими специалистами (инфекционистами, психиатрами, гинекологами, фтизиатрами).

Это руководство знакомит с предлагаемым лечением, его особенностями и правилами, а также с вашими правами и обязанностями как участника программы. Оно поможет Вам принять основанное на максимальной информированности решение о вступлении в лечебную программу ЗПТ, а также будет постоянным помощником при разрешении различных вопросов и проблем.

**1.2.3. Семигіна Т. Соціально-психологічна підтримка клієнтів програм ЗПТ. Методичні рекомендації (анотація) / Т. Семигіна, С. Дворяк, А. Карачевський, та ін.. // Наукове редагування канд.мед.наук Сергій Дворяк. – К.: УІДПГЗ, 2008. – 76 с.**

Видання підготовлено до друку Українським інститутом досліджень політики щодо громадського здоров'я в рамках проекту «Організаційно-методичний супровід програм замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) у рамках програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні»; розвиток Українського ресурсного центру ЗПТ».

Зміст

Скорочення, що вживаються у тексті

Вступ

Розділ 1. Стратегія зменшення шкоди як чинник профілактики поширення епідемій ВІЛ/СНІД та наркоспоживання

1.1. Концепція зменшення шкоди

1.2. Основні принципи стратегії зменшення шкоди:

Розділ 2. Особливості здійснення програм замісної підтримувальної терапії

2.1. Суть і завдання замісної підтримувальної терапії

2.2. Організація програм замісної терапії

2.3. Мультидисциплінарний підхід. Роль фахівців у програмі замісної терапії

2.4. Правові аспекти програм замісної терапії

Розділ 3. Соціальний супровід клієнтів програм замісної підтримувальної терапії

3.1. Соціальний супровід. Процес соціального супроводу

3.2. Планування роботи з клієнтом

### 3.3. Здійснення втручання та його завершення

## Розділ 4. Індивідуальне консультування клієнтів ЗПТ

4.1. Психологічне консультування. Мета, основні принципи та структура консультування

4.2. Індивідуальне консультування клієнтів ЗПТ

4.3. Консультування клієнтів з подвійною проблемою (СІН та ВІЛ)

4.4. Базові навички консультування

4.5. Ключові техніки консультування

4.6. Поведінкові втручання

4.7. Мотиваційний підхід у роботі з наркозалежними

## Розділ 5. Групова робота

5.1. Особливості групового консультування

5.2. Групова динаміка

5.3. Організація і проведення групової роботи

5.4. Групи взаємодопомоги

## Література

Рівень інфікування ВІЛ через споживання ін'єкційних наркотиків у світі складає в середньому 10%. У багатьох країнах Західної Європи цей показник вдалося знизити до 1–2% саме завдяки програмам зменшення шкоди та ЗПТ, що почали масово впроваджуватися у 90-х роках минулого сторіччя.

В Україні ситуація критична. За даними Міністерства охорони здоров'я України, на 01.01.2007 року кількість наркозалежних, що перебували на диспансерному наркологічному обліку, складала 325 осіб (179,03 на 100 тисяч населення). А за деякими незалежним оцінками, кількість СІН в Україні складає від 325 до 425 тис. осіб. Сьогодні 63% усіх зареєстрованих випадків ВІЛ серед дорослих пов'язані саме з ін'єкційним вживанням наркотиків.

На сьогодні є всі підстави констатувати, що фактично в Україні паралельно і, значною мірою, взаємопов'язано, розвиваються дві епідемії – ВІЛ/СНІД та наркоспоживання. На перших етапах епідемії ВІЛ/СНІД (1996–98 рр.) майже 90% уражених ВІЛ були саме СІН, відповідно епідемія розвивалась завдяки їхній ризикованій поведін-

ці, а саме через використання спільних голок та шприців. Не зважаючи на застосовані заходи профілактики, ще й досі велика кількість СН (за різними джерелами від 35 до 60%) практикують спільне користування ін'єкційним обладнанням, що підтримує розвиток епідемії і не дозволяє взяти її під повний контроль. Таким чином, хоча в останні роки, порівняно із початком епідемії, зростає питома вага гетеро сексуального шляху передачі ВІЛ, ін'єкційний шлях залишається найважливішим за своїм впливом на епідемію – зараз відсоток СН серед щойно інфікованих осіб складає приблизно 50%. Завдяки ін'єкційній поведінці розповсюджуються також гепатити В та С. Розрахунки свідчать, що на гепатит в Україні страждають 55-60% СН, а на гепатит С – близько 90%.

Президент України, занепокоєний зростанням наркотизації та епідемії ВІЛ/СНІДу в державі, видав указ «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», в якому особливу увагу приділив питанню впровадження програм замісної підтримувальної терапії для СН.

Науково доведено, що ефективне лікування наркозалежності виступає одним з потужних елементів профілактики розповсюдження ВІЛ/СНІД. У країнах, де сповідують сучасні принципи поводження із споживачами наркотиків, де замість репресивних перевага надається медичним та психосоціальним заходам підтримки, епідемію вдається стримувати. Дійсно, якщо наркоспоживач отримує якісне лікування, він перестає бути джерелом, що підживлює епідемію. І при цьому не має жодного значення, сам він був винний у своєму захворюванні, чи хтось інший. А якщо він не отримує такого лікування, він і далі є джерелом для нових випадків і сприяє зростанню снігової кулі епідемічного процесу. Слід згадати, що у світі давно вже визначилися з цим питанням – лікувати чи не лікувати наркозалежних. І йдеться лише про те, які методи лікування є найбільш ефективними та доступними.

Виділяють кілька моделей чи типів програм надання медичної та психосоціальної допомоги СН. Усі їх можна поділити на:

- програми, орієнтовані на повну відмову від наркотика. Їх надають у наркологічних лікарнях, диспансерах або реабілітаційних центрах. В лікарнях, як правило, використовують переважно фармакотерапію та обмежено психо-соціальні заходи, тоді як у реабілітаційних центрах – тільки психо-соціальні;

- замісна терапія агоністами (підтримувальна або детоксикаційна). Після детоксикації потрібно проводити курс реабілітації. У рамках ЗПТ слід також застосовувати психо-соціальні заходи, але застосування цих заходів планують разом із хворим.

Оскільки не існує такого методу лікування, який би міг вважатися прийнятним та ефективним для всіх наркозалежних, сучасна наркологія виходить з того принципу, що лікування має бути комплексним та складатися з медико-фармакологічних та психо-соціальних заходів. Водночас переважна більшість експертів, а разом із ними такі організації як ВООЗ чи ЮНЕЙДС, визнають, що найкращім з точки зору ефективності при опіоїдній наркозалежності є застосування замісної підтримувальної терапії. Завдяки стабілізації фізичного та психо-соціального статусу хворих стає можливим суттєве розширення ВААРТ серед ВІЛ-інфікованих наркозалежних, а також утримання їх в лікуванні СНІДу та опортуністичних інфекцій.

В Україні вже понад чотири роки здійснюється замісна підтримувальна терапія; стало більш доступнішим і ВААРТ. Це, поряд із можливістю покращення фізичного стану здоров'я, викликало нові потреби в житті СІН та їхнього найближчого оточення, а також особливу потребу клієнтів ЗПТ в постійній професійній консультативній, інформаційній, соціальній, психологічній та емоційній допомозі. Накопичено значний досвід здійснення соціального супроводу та проведення психологічної підтримки таких хворих.

Відтак дане видання призначене для тих, хто залучений до здійснення соціально-психологічної реабілітації у програмах замісної підтримувальної терапії. У ньому містяться загальні огляди стратегії зменшення шкоди і замісної терапії, представлено такі форми роботи як соціальний супровід, надання індивідуальних та групових консультацій, організація груп самопомогі та багато іншого.

#### **1.2.4. Дворяк С.В. Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів. Методичні рекомендації (анотація) / Дворяк С.В., Думчев К.В, Трецька Т.О. / К.: УІДПГЗ, – 2008. – 96 с.**

*Методичні рекомендації, розроблені у співпраці з Всеукраїнською наркологічною асоціацією: Президент ВНА, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Наркологія», к. м. н. Вієвський А.М.; к.м.н. Дворяк С.В.; лікар-нарколог Власенко Л.В.*

Рецензент: проф. Сосін І. К., зав. кафедрою наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти

## Зміст

Перелік скорочень

Зміст

1. Вступ

2. Загальна частина

2.1. Спільна позиція ВООЗ, UNAIDS та UNODC

2.2. Зловживання опіоїдами та залежність від них

2.2.1. Опіоїди: хіміко-фармакологічні властивості

2.2.2. Теорія опіатних рецепторів

2.2.3. Клінічні та психо-соціальні наслідки зловживання опіоїдами

2.2.4. Епідеміологія опіоїдної залежності

3. Спеціальна частина

3.1. Історія замісної терапії

3.2. Клінічна фармакологія замісних препаратів

3.2.1. Метадон

3.2.2. Бупренорфін

3.3. Організаційні принципи комплексного лікування з використанням замісної терапії

3.4. Прийом та виписка у програмі замісної терапії

3.4.1. Цілі ЗТ

3.4.2. Показання, протипоказання та застереження для призначення ЗТ

3.4.3. Вибір препарату для ЗТ

3.4.4. Процедура прийому до програми

3.4.5. Виписка пацієнтів із програми ЗТ

3.4.6. Список очікування

3.5. Фази лікування та призначення препаратів

3.5.1. Індукція (початкова фаза), визначення підтримувальної дози метадону

3.5.2. Індукція при лікуванні бупренорфіном

3.5.3. Фаза стабілізації при лікуванні метадоном

- 3.5.4. Фаза стабілізації при лікуванні бупренорфіном
  - 3.5.5. Підтримувальна фаза при лікуванні бупренорфіном та метадоном
  - 3.5.6. Детоксикація при завершенні замісної терапії
  - 3.5.7. Лікування синдрому відміни опіоїдів замісними препаратами
  - 3.5.8. Перехід з бупренорфіну на метадон та навпаки
  - 3.6. Проблеми, що часто зустрічаються
    - 3.6.1. Продовження ризикованого вживання нелегальних наркотиків
    - 3.6.2. Пропуски доз
    - 3.6.3. Блювота після прийому препарату
    - 3.6.4. Відвідання у зміненому стані
    - 3.6.5. Побічні дії
    - 3.6.6. Передозування
    - 3.6.7. Керування автотранспортом та технікою
  - 3.7. Нагляд і поточний контроль стану пацієнтів
  - 3.8. Реабілітаційні заходи і психологічна корекція
  - 3.9. Особливі групи
    - 3.9.1. ВІЛ-інфіковані й особи, хворі на СНІД
    - 3.9.2. Хворі на туберкульоз
    - 3.9.3. Хворі на гепатит В і С
    - 3.9.4. Вагітні жінки
    - 3.9.5. Абстинентний синдром у немовлят
  - 3.10. Особливі режими лікування
    - 3.10.1. Лікування в умовах арешту або ув'язнення
    - 3.10.2. Домашній прийом метадону або бупренорфіну
    - 3.10.3. Призначення препарату за рецептом
    - 3.10.4. Лікування у неспеціалізованих лікувальних закладах
    - 3.10.5. Стаціонарне лікування в інших ЛПУ
  - 3.11. Моніторинг і оцінка результатів
- Додатки

В Україні, як і в більшості європейських країн, протягом останніх 15 років виникли серйозні проблеми, викликані протизаконним вживанням наркотичних речовин. Лише в наркологічній службі обліковано понад 80 тисяч споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). Водночас, згідно з даними соціологічних досліджень (2003 р.), їхня кількість сягає 560 тисяч. Вживання наркотиків вже давно перетворилося з винятково медичної на велику соціальну проблему – у першу чергу, через криміналізацію наркоспоживачів, а також через ризик інфікування ВІЛ та іншими інфекціями, що передаються через кров (гепатити В і С). Той факт, що споживання наркотиків сприяє поширенню ВІЛ, протягом останніх кількох років викликає особливу тривогу в суспільстві. Ризик сероконверсії для СІН залишається дуже високим, тобто з часом дедалі більша кількість споживачів ін'єкційних наркотиків стають ВІЛ-інфікованими (серопозитивними). Так, наприклад, за даними вторинного епідагляду, в деяких регіонах України понад 60% СІН є ВІЛ-позитивними.

Хоча віднедавна в Україні все частіше з'являються кокаїн і синтетичні стимулятори, надто популярні на Заході й у США, понад 90% зареєстрованих наркозалежних в Україні страждають саме від опіоїдної залежності (дані МОЗ України). Найпоширенішим нелегальним опіатом в Україні є ацетильований екстракт макової соломки, що виготовляється кустарним способом і вживається шляхом внутрішньовенного або внутрішньо м'язового введення. Вітчизняний і світовий досвід лікування опіоїдної залежності свідчить, що не більше ніж чверть від загального числа хворих, пройшовши лікування, утримуються від уживання наркотиків протягом тривалого часу (1 рік і більше). Інші або взагалі ухиляються від лікування, або невдовзі після нього повертаються до зловживання наркотиками, що обумовлює високий рівень кримінальної активності в цій соціальній групі і подальше поширення ВІЛ-інфекції та гепатитів.

ВООЗ визначила 5 базових принципів профілактики ВІЛ-інфекції для тих, хто вживає наркотики. Це інформування та первинна профілактика; доступність медичної та соціальної допомоги; проведення аутич-роботи серед наркоспоживачів; можливість отримувати стерильне обладнання для ін'єкцій; а також замісна підтримувальна терапія для наркозалежних, що вживають опіоїди.

Тривалі дослідження, проведені в США, Західній Європі та Австралії підтвердили, що замісна терапія є найефективнішим методом

у комплексі лікування та реабілітації хворих на опіїдну залежність. ВООЗ наполягає що особливо важливо використовувати цей вид лікування саме в тих країнах, де головним шляхом розповсюдження ВІЛ-інфекції є ін'єкції, а головна уражена група – СН.

Ці методичні рекомендації призначені для лікарів (насамперед, наркологів) і організаторів охорони здоров'я, а також для всіх, хто так чи інакше причетний до надання допомоги особам із синдромом опіїдної залежності. Рекомендації також будуть корисні студентам медичних ВНЗ та факультетів з соціальної роботи.

**1.2.5. Петренко В. І. Стандарт лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків (анотація) / Дворяк С. В., Антоняк С. М., Черенько С. О., Зеленська М. В. / Стандарт МОЗ України. – К.: УІДПГЗ, 2008. – 192 с.**

Стандарт лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків, підготовлений групою експертів за підтримки Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в межах програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні».

Зміст

Загальні положення

1. Організація медичної допомоги та політика в галузі охорони здоров'я стосовно ВІЛ-інфікованих СН
  - 1.1. Політика в галузі охорони здоров'я щодо лікування ВІЛ-інфікованих СН
  - 1.2. Загальні принципи профілактики, лікування та догляду (включно із стратегією зменшення шкоди)
2. Основні факти та загальні рекомендації
  - 2.1. Епідеміологія ВІЛ/СНІД та наркоспоживання
  - 2.2. Медичні та соціальні наслідки споживання наркотиків
    - 2.2.1. Медичні проблеми
    - 2.2.2. Соціальні проблеми
    - 2.2.3. Стигматизація, дискримінація, маргіналізація та низький соціальний статус

- 2.2.4. Виправні заклади
- 2.3. Замісна підтримувальна терапія
- 3. Основні підходи до організації допомоги та лікування СН
- 3.1. Послуги для СН
- 3.2. Загальна медична допомога для СН
- 3.2.1. Принципи
- 3.2.2. Мультидисциплінарний підхід
- 3.3. Зменшення шкоди
- 3.4. Лікування для наркозалежних
- 3.4.1. Психосоціальна підтримка
- 3.4.2. Моделі надання допомоги ВІЛ-інфікованим СН
- 3.4.3. Виправні заклади
- 4. Медична допомога ВІЛ-інфікованим СН
- 4.1. Первинне обстеження
- 4.1.1. Психо-соціальне, психіатричне та наркологічне обстеження на вживання наркотиків та наявність наркозалежності
- 4.1.2. Первинна оцінка ВІЛ-статусу
- 4.2. Подальше клінічне обстеження
- 4.3. Супровід ЛЖВС, які є СН
- 4.4. Лікування опіоїдної залежності
- 4.4.1 Замісна терапія опіоїдами
- 4.4.1.1. Метадон
- 4.4.1.2. Бупренорфін
- 4.4.2. Організаційні засади комплексного лікування із застосуванням замісної терапії метадоном та бупренорфіном
- 4.4.3. Показання та протипоказання для призначення ЗПТ
- 4.4.4. Порядок включення пацієнтів до програм ЗПТ
- 4.4.5. Початкова індукція, визначення підтримувальної дози замісних препаратів та засоби контролю
- 4.4.6. Виписка пацієнтів з програми ЗПТ

- 4.4.7. Детоксикація після замісної терапії метадоном та бупренорфіном
- 4.5. Детоксикація (утримання від наркотиків під медичним наглядом)
  - 4.5.1. Інші методи лікування
- 4.6. Лікування неопіїдної залежності (включно з кокаїновою та амфетаміновою)
  - 4.6.1. Симптоми та препарати
  - 4.6.2. Профілактика рецидивів
  - 4.6.3. Інші заходи
- 4.7. Первинна профілактика ко-тримоксазолом
- 4.8. Лікування болю (включно для пацієнтів, які отримують ЗПТ)
  - 4.8.1. Лікування болю у пацієнтів, які отримують метадон
  - 4.8.2. Лікування болю у пацієнтів, які отримують бупренорфін
- 5. Антиретровірусна терапія СІН
  - 5.1. Вибір схеми ВААРТ
  - 5.2. Неефективність АРТ
  - 5.3. Гепатотоксичність АРВ-препаратів
  - 5.4. Прихильність до лікування
    - 5.4.1. Чинники, які впливають на формування та дотримання прихильності
    - 5.4.2. Моніторинг прихильності до ВААРТ
  - 5.5. Тактика при появі токсичності та побічних ефектів АРВ-препаратів
    - 5.5.1. Взаємодія між препаратами
      - 5.5.1.1. Метадон та АРВ-препарати
      - 5.5.1.2. Метадон та інші препарати
      - 5.5.1.3. Бупренорфін та АРВ-препарати
    - 5.5.2. Нелегальні/рекреаційні наркотики та АРВ-препарати
  - 5.6. Допомога у дотриманні режиму лікування

6. Тактика ведення СН з вірусними гепатитами
    - 6.1. Вірусний гепатит В
    - 6.2. Вірусний гепатит С
  7. Тактика ведення СН з туберкульозом та ВІЛ-інфекцією
  8. Тактика ведення основних бактеріальних інфекцій у ВІЛ-інфікованих СН
    - 8.1. Генералізовані інфекції м'яких тканин
    - 8.2. Пневмонія
    - 8.3. Інфекційний ендокардит
    - 8.4. Бактеріальний менінгіт
    - 8.5. Абсцес головного мозку
    - 8.6. Сепсис
    - 8.7. Внутрішньочеревні інфекції
      - 8.7.1. Особливості антибіотикотерапії при деяких абдомінальних інфекціях
    - 8.8. Інфекції сечовивідних шляхів
      - 8.8.1. Принципи лікування інфекцій СВШ
    - 8.9. Інфекції в акушерстві та гінекології
  9. Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування
  10. Тривалість лікування
  11. Критерії якості лікування
  12. Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги
  13. Вимоги до дієтичних призначень і обмежень
  14. Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації
  15. Організація медичної допомоги
    - 15.1. Рівні надання медичної допомоги
    - 15.2. Обсяги медичної допомоги
  16. Нормативні посилання
- Додаток 1. Поінформована згода на участь у програмі замісної підтримувальної терапії

- Додаток 2. Зразок терапевтичного контракту про порядок лікування, вимоги до пацієнта і персоналу та порядок добровільної або адміністративної виписки
- Додаток 3. Амбулаторна карта учасника ЗПТ
- Додаток 4. Посвідчення учасника програми ЗПТ
- Додаток 5. МКХ–10. Контрольний перелік питань для оцінки діагностичних критеріїв синдрому залежності
- Додаток 6. Коротка психіатрична шкала
- Додаток 7. Шкала Монтгомері – Асберга для оцінки депресії (MADRS)
- Додаток 8. Опитувальник для оцінки ризику інфікування вірусом, що передаються через кров (Blood Borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire – BBV-TRAQ)
- Додаток 9. Індекс важкості залежності (ASI), Європейська версія 6 (EuroASI6)
- Додаток 10. Характеристика клінічних стадій ВІЛ-інфекцій (ВООЗ, 2006 р.)
- Додаток 11. Графік систематичного спостереження ВІЛ-інфікованого пацієнта на початку та під час проведення АРТ
- Додаток 12. Дози та форми випуску АРВ-препаратів для дорослих та підлітків
- Додаток 13. Основні побічні ефекти АРВ-препаратів та тактика ведення пацієнтів
- Додаток 14. Серйозні побічні реакції від АРВ препаратів: клінічні прояви, діагностика і тактика ведення пацієнтів
- Додаток 15. Невдача АРТ
- Додаток 16. Основні антимікобактеріальні препарати та рекомендовані дози
- Додаток 17. Порядок спостереження за пацієнтами, які отримують ВААРТ та антимікобактеріальну терапію
- Додаток 18. Критерії рівня доказовості лікування. Шкала переконливості доказів даних

Стандарт призначається лікарям наркологам та інфекціоністам, фіззіатрам, медичним сестрам, які зайняті у лікуванні ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків, а також соціальним працівникам, психологам та консультантам з наркозалежності, що працюють у мультидисциплінарних командах з впровадження лікування, догляду та підтримки, включаючи замісну підтримувальну терапію для ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків. Стандарт буде корисним також студентам медичних ВУЗів, які вивчають питання наркоспоживання, наркозалежності та ВІЛ/СНІД, співробітникам недержавних організацій, які залучені до підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД.

В Стандарті використовуються наступні терміни: споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) вживається стосовно осіб, які зараз або колись у минулому вживали наркотики ін'єкційним шляхом. Термін «ін'єкційне споживання наркотиків» застосовується для характеристики ризикованої поведінки, а не захворювання. Споживання ін'єкційних наркотиків потребує профілактичних заходів щодо розповсюдження хвороб, які передаються через кров; в першу чергу – застосування стратегії зменшення шкоди; активні наркоспоживачі – особи, що вживали наркотики протягом останніх 30 днів; наркоспоживач у абстиненції – індивид, що не вживає наркотиків протягом останніх 30 днів або довше; наркоспоживання – термін, що вказує на поведінку, яка характеризується вживанням наркотичних засобів; наркозалежність – розлади поведінки та психіки внаслідок вживання наркотиків із синдромом залежності. Наркозалежний може бути, як активним, так і неактивним наркоспоживачем. Наркоспоживач не обов'язково є наркозалежним;

Програми зменшення шкоди – комплекс науково обґрунтованих заходів, спрямованих на зменшення ризику передачі інфекцій, що передаються через кров, передусім ВІЛ, та наслідків цих захворювань, внаслідок вживання наркотиків, передусім ін'єкційним шляхом. Термін наркоманія в цьому Стандарті не використовується через відсутність такого захворювання в МКХ-10 та соціально негативне навантаження терміну. В даному Стандарті використовується шкала переконливості доказів даних (додаток 18). Доказовість А, В, С, D.

## НАУКОВО–ДОСЛІДНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ

### **2.1. Вієвський А. М. Лікування наркозалежності в Україні та оцінка його ефективності (анотація) / Вієвський А. М., Дворяк С. В., Сидяк С. В. // Звіт за проектом. – К.: УИИПОЗ, 2008. – 152 с.**

Проект Всеукраїнської наркологічної асоціації (ВНА) за фінансової підтримки Міжнародної програми зменшення шкоди Інституту «Відкрите суспільство» і Уряду Канади через Канадське агентство міжнародного розвитку (CIDA).

#### **Основні висновки та рекомендації**

- 1) Ін'єкційне наркоспоживання до цих пір залишається найбільш вагомим чинником у розповсюдженні епідемії ВІЛ/СНІД в Україні.
- 2) Наркологічна допомога в країні базується на концептуальній моделі, побудованій ще в часи СРСР, якій властиві патерналізм, «вертикальні» стосунки між персоналом і пацієнтами, неповага до прав людини; брак чітко сформульованої програми лікування наркозалежності з певною метою і завданнями. В основі лікувальних заходів лежить швидше прагнення допомогти пацієнту. В цілому, можна засвідчити недолік реалістичності у використуваних підходах.
- 3) Лікування наркозалежності проводиться без дотримання стандартів, що діють (національних, міжнародних). Бракує чітких рекомендацій або протоколів щодо терапевтичних методик, не визначено обов'язкового мінімуму медикаментів і психо-соціальної допомоги.
- 4) Лікування здійснюється в більшості випадків у стаціонарі й майже не продовжується після виписки із стаціонару. Заходи протидії рецидивуванню проводяться в обмеженому обсязі.
- 5) При проведенні лікування застосовуються методи, ефективність яких не доведена; в багатьох наркологічних закладах для лікування залежності використовуються нейролептики, антидепресанти та інші психотропні засоби, які не знижують рівень вживання наркотиків і не покращують якість життя пацієнтів.

- 6) Пацієнтів протягом лікування недостатньо інформують щодо розповсюдження інфекцій, що передаються ін'єкційним шляхом, їх не залучають до програм зменшення шкоди.
- 7) За невеликим винятком, пацієнтів примусово ставлять на диспансерний наркологічний облік, що значною мірою обумовлює подальшу їх дискримінацію і, відповідно, небажання звертатися добровільно за наркологічною допомогою.
- 8) Практично не використовуються (не рахуючи програм, які фінансуються Глобальним Фондом) методи, які довели свою ефективність, такі як ЗПТ.
- 9) У наркологічних закладах немає механізму оцінки ефективності проведених лікувальних заходів.
- 10) В Україні поки не створена система допомоги СІН і наркозалежним, яка могла б істотно знизити розповсюдження ВІЛ інфекції. Однією з причин, що впливають на такий стан справ, є те, що замісну терапію, яка є вагомою політикою зниження шкоди, досі застосовують в обмежених масштабах.
- 11) Пацієнти і їхні родичі пасивно беруть участь у лікуванні і недостатньо заохочуються до профілактичних заходів.
- 12) Медичний персонал у багатьох випадках ставиться до наркозалежних як до злочинців або суб'єктів з поганою поведінкою, які вимагають жорсткого перевиховання.
- 13) На загальнодержавному рівні не сформована концепція щодо надання психо-соціальної допомоги наркозалежним і більшість ЛПЗ обмежуються виключно медичними заходами, не проявляючи зацікавленості в співпраці з відповідними НДО.

Рекомендовано:

1. Розповсюдити дані, отримані завдяки дослідженню, серед наркологів, організаторів охорони здоров'я та політиків, залучених до вирішення проблем громадського здоров'я;
2. Презентувати результати проекту на засіданні робочої групи МОЗ з питань протидії епідемії ВІЛ/СНІД;
3. Спільно з працівниками науково-навчальних установ переглянути курс післядипломного навчання наркологів, з метою застосування в лікуванні принципів доказової медицини;

4. Запропонувати Міністерству охорони здоров'я України створити модель лікування наркозалежності, повертаючи до роботи з місцевими ЛПЗ відповідні НДО для проведення заходів щодо реабілітації та протирецидивного лікування;
5. Створити сучасні протоколи лікування опіїдної залежності й залежності від психостимуляторів, відповідними розпорядженнями обмежити можливість лікарів застосовувати методи лікування, які не довели своєї ефективності;
6. Сприяти розширенню ЗПТ, в першу чергу за рахунок програм, фінансованих з місцевих бюджетів; зробити це лікування більш доступним та забезпечити психо-соціальну підтримку учасників терапії;
7. Розробити протокол по роботі з рідними наркозалежних і інформування їх про методи лікування і правила поводження з наркохворими;
8. Вимагати від ЛПЗ здійснювати моніторинг і оцінку ефективності лікування наркозалежності як мінімум протягом одного року від початку проходження курсу пацієнтом;
9. Рекомендувати залучати до роботи з наркоспоживачами самих наркозалежних, будувати «горизонтальні» стосунків між пацієнтами та персоналом;
10. Вести додаткову роз'яснювальну роботу з наркологами з метою позбавитися практики примусової диспансеризації, порушення конфіденційності та інших елементів дискримінації наркозалежних.

**2.2. Дворяк С.В. Оцінка ефективності програм замісної підтримувальної терапії бупренорфіном в Україні / Дворяк С.В., Штенгелов В.В. // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – Т.1. №1 (1). – С. 45–52.**

Наукова праця підготовлена у рамках проекту моніторингу та оцінки програм замісної підтримувальної терапії бупренорфіном в Україні. Проект МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, виконавець – Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я. Результати 12-місячного дослідження Професор А. Ухтенхаген, MD, PhD М. Шауб, PhD Інститут досліджень в сфері громадського здоров'я і залежності від психоактивних речовин при Цюрихському університеті Центр співробітництва з ВООЗ 2008 р.

Стрімке зростання в Україні захворюваності на ВІЛ/СНІД, у значній мірі пов'язаної з вживанням наркотиків зробило вкрай актуальним впровадження замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) агоністами опіюїдів – найбільш ефективного на даний час методу лікування опіюїдної залежності. Програми ЗПТ в країні почали запроваджуватися з 2004 року.

Дослідження з моніторингу і оцінки програм ЗПТ мало на меті вивчення в Україні можливості впровадження і ефективності замісної терапії бупренорфіном опіюїдної залежності.

Вибірка дослідження у кількості 151 пацієнт у 6 містах України була сформована у період з листопада 2006 року по лютий 2007 року у шести пілотних проектах з використанням бупренорфіну на базі:

- Київської міської клінічної наркологічної лікарні «Соціотерапія»
- Донецького обласного наркологічного диспансеру
- Одеського обласного наркологічного диспансеру
- Кримського республіканського наркологічного диспансеру (Сімферополь)
- Дніпропетровського міського наркологічного диспансеру (поліклініка №5
- Миколаївського обласного наркологічного диспансеру.

Учасники дослідження були обстежені при включенні до програми, а потім через 6 і 12 місяців після початку лікування – вивчалися зміни стану їхнього здоров'я та соціального статусу (на основі Індексу тяжкості залежності), ризикована поведінка щодо передачі ВІЛ (на основі опитувальника BBV-TRAQ). Ставлення персоналу оцінювалося за допомогою інструменту самооцінки (SASQ). Окрім цього проводилися фокус групи з пацієнтами і з персоналом.

Формування вибірки відбувалося з дотриманням Протоколу дослідження, що підтверджено даними регулярних моніторингових візитів. Всі учасники дослідження підписували інформовану згоду щодо надання всієї необхідної інформації для використання її для цілей оцінки та наступного гарантування доступності ЗПТ в Україні.

Протокол дослідження з моніторингу і оцінки, спеціально створений для цього проекту, можливо було впроваджувати на пристойному рівні. Деякі неясності і випадкові помилки у більшості випадків можна було виправити. Збір даних з використанням стандартних інструментів (у перекладі) був досить обтяжливим для персоналу, але було відносно мало пропущених даних за повної відсутності перешкод для адекватних моніторингу і оцінки проекту.

У 6 містах були створені мультидисциплінарні команди кваліфікованих спеціалістів, і більшість з них залишаються в проектах ЗПТ. Задоволеність персоналу роботою у більшості випадків є доброю. Крім того, більшість співробітників програм декларували позитивне ставлення до своїх клієнтів, в той же час досить негативно ставлячись до пермісивного підходу щодо вживання наркотиків взагалі. Ставлення персоналу і задоволеність роботою залишилися в основному без змін через 6 місяців після початку проекту. Плинність кадрів була низькою, тільки 2 з 60 співробітників звільнилися з проектів ЗПТ у 2007 році. За даними звітів про фокус-групи з персоналом проектів ЗПТ висловлювалися рекомендації щодо поліпшення умов праці.

Основні характеристики вибірки: 75,5% чоловіки; середній вік 35,2 року; 56% перебувають у шлюбі; 4,6% були незадоволені своїми житловими умовами. Залежність у більшості пацієнтів була від опіоїдів, інших ніж героїн; середня тривалість зловживання наркотиками перевищувала 13 років; раніше пацієнти неодноразово робили спроби лікуватись з приводу залежності. Більше половини учасників дослідження мали ВІЛ-позитивний статус.

Лікування бупренорфіном переносилося добре, і 82,5% пацієнтів залишалися на ЗПТ через 6 місяців та 75% через 12 місяців. Побічна дія бупренорфіну відзначалася тільки у 1,9% пацієнтів. Середня добова доза склала 10 мг. Показник прихильності до ЗПТ було високим – 92,8%.

В ході впровадження проекту планувалося отримати дані щодо впровадження та попередніх результатів ЗПТ, необхідні для розширення програми ЗПТ, передбаченого на подальші роки.

*Метою моніторингу впровадження програми ЗПТ було отримання стандартизованих, надійних та обґрунтованих даних щодо елементів, які є важливими для визначення того, чи дійсно проект рухається у правильному напрямку згідно з планами.*

Детальними завданнями моніторингу були:

- надання інформації щодо залучення пацієнтів
- надання стандартизованої інформації щодо залучення персоналу, а також його плинності, ставлення та рівня задоволеності
- надання інформації щодо проблем, пов'язаних з впровадженням проекту та неочікуваних подій, які стосуються пацієнтів та персоналу
- надання зворотного зв'язку про хід та здійсненність проекту партнерам програми.

*Загальною метою оцінки процесу та результату впровадження програми ЗПТ було отримання стандартизованих та надійних даних щодо показників, які описують роботу проектів та їх результати на індивідуальному та програмному рівнях.*

Зокрема, цілі полягали в:

- надані інформації щодо змін у стані та поведінці пацієнта
- надані інформації щодо призначених медпрепаратів, спеціальних режимів лікування та супутнього догляду
- надані інформації про завершення лікування та/або участь пацієнтів в процесі оцінки.

Усі пацієнти, які зверталися з проханням включити їх до програми отримання контрольованого замісного підтримувального лікування бупренорфіном, проходили скринінг і реєструвалися відповідно до стандартизованої процедури.

*Первинний скринінг щодо відповідності критеріям включення до програми.*

Всі кандидати мали відповідати чітко визначеним критеріям включення до програми:

Критеріями включення є:

- Діагноз опіоїдної залежності згідно з МКХ-10
- Мінімальний вік – 18 років
- Розумова здатність надати поінформовану згоду
- Достатньо добрий фізичний стан для участі у програмі
- Надання поінформованої згоди на лікування та режим лікування, включаючи аналізи крові та сечі
- Постійне помешкання недалеко від клініки.

Критерії виключення:

- Значне зниження когнітивних здібностей або затримка розумового розвитку
- Тяжкі поведінкові розлади або психотичні симптоми
- Очікувана госпіталізація чи ув'язнення (під час проведення дослідження), коли не існує можливості продовжити лікування.

Для того, щоб мати можливість бути відібраним для участі в програмі оцінки, застосовувалися додаткові критерії:

- Надання поінформованої згоди на участь в дослідженні з проведенням подальших опитувань
- Призначення особи, яка матиме адресу пацієнта для здійснення подальших контактів.

Скринінг проводився співробітниками програми з використанням списку критеріїв відповідності; усі відповіді пацієнтів вносяться до списку. Такі списки збиралися систематично – дані про тих, хто не розпочав лікування, заносилися в окрему папку, а решта – до карток пацієнтів. Кандидатам пропонувалися форми реєстрації їхньої згоди. Після уважного вивчення та обговорення вони підтверджували свою згоду підписом. Ці форми також вносилися до медичної документації.

Пацієнти мали можливість відкликати свою поінформовану згоду брати участь у дослідженні, або у подальшому інтерв'юванні, або відмовитися ся, щоб їхні закодовані дані були використані для

оцінки, при цьому було передбачено можливість продовжувати лікування.

Відповідальний за збір даних (ВЗД) – це особа, яка несла відповідальність за збір даних на місці впровадження пілотного проекту та за їх передачу головному досліднику (ГД).

ВЗД відповідав за присвоєння кожному пацієнтові особистого коду на основі системи кодування, що надавалася ГД для забезпечення анонімності всієї інформації про пацієнта, яка використовувалася для оцінки. ВЗД мав зберігати список пацієнтів з їх прізвищами та кодами у надійному місці, недоступному для інших осіб.

ВЗД працював з інструментами, призначеними для збору даних, розповсюджував для заповнення опитувальник «Ставлення до виконання обов'язків та задоволеність персоналу» (SASQ) та нагадував про вимогу щодо надання заповненого опитувальника безпосередньо ГД.

Незалежні інтерв'юери (НІ) проводили опитування пацієнтів з використанням Індексу тяжкості залежності (ASI) та Опитувальника для оцінки ризику передачі вірусів, що переносяться з кров'ю (BBV-TRAQ, див. розділ «Збір інформації та якість даних»). Незалежні інтерв'юери також відбирали учасників для фокус-груп з пацієнтами та фокус-груп з персоналом, проводили ці фокус-групи та надавали звіти зовнішнім експертам.

Інструменти ASI та BBV-TRAQ вперше застосовувалися в період двох тижнів після початку отримання пацієнтом лікування бупренорфіном. Повторне обстеження із застосуванням ASI та BBV-TRAQ проводилося через 6 і 12 місяців ЗПТ. Проведення фокус-груп з пацієнтами та фокус-груп з персоналом відбувалося один раз під час першої чверті, один раз під час другої чверті і один раз під час останньої чверті періоду виконання проекту МіО.

Анкети щодо ставлення та задоволеності персоналу роздавалися усім співробітникам програм ЗПТ, які мають безпосередній контакт з хворими: один раз під час першої чверті, один раз під час другої чверті і один раз під час останньої чверті періоду виконання проекту МіО.

## Результати

Демографічні характеристики пацієнтів при включенні до дослідження

Таблиця 6

Характеристика пацієнтів: демографічні дані

	n	Стать	Вік (роки)		Сімей- ний стан	Умови прожи- вання	Роки освіти		Професійна освіта		Працю- ючі (за оплату)
			середні	діапазон			середні	діапазон	середні	діапазон	
Київ	25	52.0	29.0	27	68.0	0.0	10.2	5.0	3.2	11.0	37.5
Донецьк	25	80.0	33.6	20	60.0	0.0	11.4	10.0	0.2	7.0	40.0
Одеса	24	87.5	37.5	33	20.9	4.2	9.8	3.0	0.1	5.0	50.0
Сімферополь	24	80.0	35.3	37	56.0	20.0	10.9	8.0	0.2	5.0	48.0
Дніпропет- ровськ	25	75.0	38.6	24	81.0	0.0	12.5	7.0	1.4	5.0	40.9
Миколаїв	28	75.0	37.4	23	50.0	0.0	9.9	7.0	1.4	3.5	14.8
Загалом	151	75.5	35.2	37	56.0	4.6	10.8	10.0	1.8	11.0	38.1

Отримані дані свідчать про деякі відмінності у популяції пацієнтів у залежності від сайту. У Києві зафіксовано майже рівний розподіл пацієнтів за статтю, а в інших сайтах переважали чоловіки. Ці дані вимагають пояснення: можливо за межами столиці менше осіб жіночої статі споживають наркотики, чи може для них є проблемою звернутися за допомогою чи бути включеними до програми ЗПТ?

Середній вік пацієнтів коливався від 29,0 до 38,6 років; у Києві цей показник був дещо нижчим у порівнянні з іншими сайтами. Інтервал між найменшим і найбільшим віком дуже значний і складає 37 років.

Велика відмінність зафіксована у процентах одружених пацієнтів – від 20,9% на Одеському сайті до 81,1% – на Дніпропетровському. Цю різницю не можна пояснити різницею у віці.

Значимий показник рівню незадоволених житловими умовами зафіксовано тільки на Сімферопольському сайті та ще один випадок в Одесі. Це може бути пов'язано зі значними житловими проблемами у споживачів наркотиків у Сімферополі, а також може свідчить про більш рестриктивну політику прийому до програм ЗПТ на інших сайтах.

Показник загальної освіти склав 10,8 роки у середньому з невеликими відмінностями по сайтах, але зі значним інтервалом у 10 років між мінімумом і максимумом. Додаткова професійна освіта теж значно відрізняється за показниками сайтів при середньому по всіх сайтах 1,8 року, найвищий середній у Києві – 3,2 року.

Рівень трудової зайнятості (оплачувані посади) досить високий – 38,1% у середньому по усіх сайтах. Виключення складав Миколаїв з середнім показником 14,8%.

Таблиця 7. Характеристика пацієнтів: вживання ПАР (1)

	Зловживання алкоголем (роки)		Вживання героїну (роки)		Вживання інших опіоїдів (роки)		Вживання барбітуратів (роки)	
	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал
Змінні	57	60	66	69				
Київ	0.08	2	2.44	7	9.64	30	5.64	13
Донецьк	0.56	5	0.24	2	12.36	22	0.32	5
Одеса	0.04	1	0.33	6	17.25	34	0.42	5
Сімферополь	1.84	7	0.28	3	9.32	22	0.28	3
Дніпропетровськ	0.42	5	0.17	2	15.04	27	0.54	10
Миколаїв	0.57	7	0.50	4	17.39	32	1.39	10
Загалом	0.59	7	0.66	7	13.54	38	1.44	13

Таблиця 8. Характеристика пацієнтів: вживання ПАР (2)

	Вживання седативних (роки)		Вживання кокаїну (роки)		Вживання амфетамінів (роки)		Вживання канабісу (роки)		Вживання галюциногенів (роки)		Вживання інгаліянтів (роки)		Вживання декількох ПАР (роки)	
	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал
Змінні	72	75	78	81	84	87	90							
Київ	3.34	13	0.04	1	0.80	12	5.04	15	0.04	1	0.00	0	5.36	13
Донецьк	1.48	15	0.00	0	0.24	3	6.60	30	0.00	0	0.00	0	5.40	20
Одеса	1.46	15	0.00	0	0.13	3	10.33	36	0.08	1	0.00	0	8.25	22
Сімферополь	3.28	15	0.08	1	0.32	2	7.12	22	0.80	5	0.28	2	4.04	15
Дніпропетровськ	2.67	18	0.00	0	0.25	5	1.00	15	0.00	0	0.00	0	7.54	20
Миколаїв	3.75	21	0.04	1	0.07	1	9.00	36	0.04	1	0.07	1	5.64	30
Загалом	2.69	21	0.03	1	0.30	12	6.58	36	0.16	5	0.06	2	6.01	30

Значно відрізняється у більшу сторону тривалість вживання екстракту макової соломки - «інших опіоїдів» (в середньому 13,5 року), за ними йдуть канабіс та вживання декількох психоактивних речовин (приблизно по 6 років в середньому). На відміну від цих речовин вживання героїну пацієнти почали недавно, а історія вживання барбітуратів або седативних та транквілізаторів дещо перевищує 1 і 2 роки відповідно. Таким чином, найвищий обсяг споживання стосується «інших опіоїдів», канабісу та комбінації декількох психоактивних речовин.

З цього можна зробити висновок, що традиційний екстракт макової соломки значно популярніше, ніж вуличний героїн, що треба враховувати в роботі з профілактики ВІЛ і гепатитів (стерильні ін'єкційні голки та шприци не запобігають інфекції, якщо сам екстракт є заражений).

### ***Зміни в процесі перебування в дослідженні***

17,2% усіх пацієнтів залишили програму ЗПТ протягом перших 6 місяців лікування, та 25,0% – протягом усіх 12 місяців. 14,6% припинили свою участь у програмі моніторингу і оцінки протягом перших 6 місяців, та 20,4% – протягом усіх 12 місяців цієї програми. Більшість випадків припинення лікування пов'язані з продовженням вживання нелегальних наркотиків та нерегулярним відвідуванням програм ЗПТ. Тільки невелика кількість пацієнтів вийшла з програми ЗПТ для того, щоб перейти до програм «drug-free» (1,4% усіх пацієнтів), декілька пацієнтів померли, були ув'язнені, або виключені з програми за агресивну поведінку.

Таким чином показник утримання в програмі ЗПТ є 82,8% через перші 6 місяців та 75% через 12 місяців, що є порівняно високим і задовільним.

Усі дані повторного обстеження пацієнтів, які перебували у програмі ЗПТ, повторно реєструвалися за допомогою індексу тяжкості залежності через 6 і 12 місяців після початку лікування, а також за допомогою карти пацієнта. Це дозволяє оцінювати зміни за багатьма показниками, такими як вживання наркотиків, соматичне і психічне здоров'я, ризикова поведінка, трудова зайнятість, правові та сімейні проблеми.

Таблиця 17. Динаміка показників: вживання ПАР протягом останніх 30 днів (1)

	Алкоголь до інтоксикації		Героїн		Інші опіати		Барбітурати		Седативні		Інгалянти							
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2						
BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%						
% «Так»																		
Київ	0	0	0	16	0	0	88	0	18	76	5	6	56	10	12	0	0	0
Донецьк	8	4	0	0	0	0	92	4	13	4	0	0	20	9	7	0	0	0
Одеса	4	21	23	0	0	0	99	5	6	4	0	24	37	89	77	0	0	0
Сімферополь	36	0	33	4	0	0	56	0	0	0	0	0	32	0	0	0	0	0
Дніпропетровськ	0	0	0	0	0	0	92	0	0	4	0	0	33	0	0	0	0	0
Миколаїв	4	0	0	0	0	0	57	0	0	0	0	0	29	0	5	0	0	0
Загалом	9	3	10	3	0	0	80	1	5	15	1	5	35	14	16	0	0	0

Таблиця 18 Динаміка показників: вживання ПАР протягом останніх 30 днів (2)

	Амфетаміни			Канабіс			Галюци- ногени			Вживання декількох ПАР			АSІ бали з вживання алкоголю			АSІ бали з вживання наркотиків		
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
% «Так» М=середні																		
Київ	12	0	0	36	0	6	0	0	0	72	0	6	0.01	0.00	0.00	0.40	0.03	0.01
Донецьк	4	0	7	40	32	7	0	0	16	27	0	0.09	0.05	0.02	0.37	0.12	0.08	
Одеса	0	0	29	58	16	47	0	0	79	84	12	0.07	0.09	0.14	0.32	0.19	0.12	
Сімферополь	0	0	0	52	28	29	12	0	56	0	0	0.10	0.08	0.06	0.13	0.09	0.06	
Дніпропетровськ	4	0	0	13	0	0	4	0	61	0	0	0.07	0.01	0.01	0.29	0.00	0.00	
Миколаїв	0	0	0	11	4	0	0	0	36	0	5	0.04	0.00	0.02	0.19	0.07	0.04	
Загалом	3	0	6	34	12	13	3	0	54	15	4	0.06	0.04	0.04	0.26	0.08	0.05	

Вживання основної психоактивної речовини – екстракту макової соломки («інші опіати») зменшилось в багато разів: з 80% до 1% пацієнтів, які вживали ці речовини протягом останніх 30 днів за даними перших 6 місяців, і склало 5% через 12 місяців лікування. У той же час показник вживання бупренорфіну підвищився з 21% до 83% через перші 6 місяців і до 76% через 12 місяців. Також треба відзначити зниження показника вживання канабісу (з 34% до 12%, з наступним підвищенням до 23% через 12 місяців), седативних препаратів (з 35% до 14% і 16% відповідно), барбітуратів (з 15% до 1% і до 5% відповідно), а надто вживання декількох психоактивних речовин (з 54% до 15%, а через 12 місяців – до 4%). Це підтверджує дані про те, що участь у програмах ЗПТ призводить не тільки до зниження вживання нелегальних опіатів, але є також ефективним шляхом значного зниження вживання інших психоактивних речовин.

Проте «компенсаторне» підвищення рівня вживання психоактивних речовин (алкоголь і канабіс) за період 6-12 місяців виявлено у Сімферополі і Одесі, на відміну від інших сайтів.

Кількість балів розділу «вживання наркотиків» Індексу тяжкості залежності (ASI) значно знизилася – з 0,26 при вступі до програми ЗПТ до 0,08 через перші 6 місяців та до 0,05 через 12 місяців. З іншого боку показник ASI балів з вживання алкоголю знизився з початкових 0,06 до 0,04 за даними 12 місяців.



Для всіх згаданих в таблиці станів зменшилися показники через перші 6 місяців участі в програмі ЗПТ, але через 12 місяців зафіксовано деяке підвищення показників щодо розладів органів травлення, сечовивідної системи та сексуальних проблем. Кількість балів Індексу тяжкості залежності (розділ соматичні розлади) постійно знижувалась – з 0,29 на початку лікування до 0,16 через 12 місяців.

Децо збільшився через 12 місяців відсоток ВІЛ-інфікованих, за рахунок пацієнтів, які вибули з дослідження (більше з серонегативним статусом). Нових випадків ВІЛ-інфекції виявлено не було.

Таблиця 22. Динаміка показників: ризикована поведінка

	BBV-TRAQ бали з ін'єкційної практики			BBV-TRAQ бали з сексуальної практики			BBV-TRAQ бали з ушкодження шкіри		
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
M=середні	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Київ	14.0	0.3	1.5	5.9	7.1	4.7	1.7	2.8	1.2
Донецьк	18.5	0.4	0.3	14.3	8.0	1.3	7.0	2.2	0.8
Одеса	19.0	1.5	1.9	5.6	4.2	0.1	1.7	0.4	1.1
Сімферополь	9.6	4.6	10.0	12.3	7.5	11.9	2.3	0.5	9.2
Дніпропетровськ	9.3	0.0	0.0	7.8	0.2	2.9	2.0	0.4	0.0
Миколаїв	4.9	0.0	2.4	2.5	1.4	9.6	0.9	1.4	3.8
Загалом	12.4	1.1	2.4	7.8	4.7	5.0	2.5	1.3	2.6

Важливі дані також отримані щодо зменшення показників ризикованої поведінки, особливо це стосується небезпечної ін'єкційної поведінки. Ці зміни є послідовними у часі, за виключенням Сімферопольського сайту, де показники небезпечної ін'єкційної поведінки повернулися до початкових значень за період 6-12 місяців після початку ЗПТ.

Менше змін щодо небезпечних сексуальних практик, при цьому треба відзначити підвищення показників через 12 місяців після їх зниження через 6 місяців у Сімферополі і Миколаєві. Що стосується пірсингу та татуювання, показники через 12 місяців є навіть вищими, ніж на початку ЗПТ на згаданих двох сайтах. Це говорить про необхідність інтенсифікації профілактичних заходів.

Таблиця 23 Динаміка показників: трудова зайнятість і правовий статус

	Робочі дні протягом останніх 30 днів			ASI бали з трудової зайнятості		Нелегальний прибуток за останні 30 днів (у доларах США)		Кримінальна діяльність протягом останніх 30 днів			ASI бали правових проблем				
	BL	FU1	FU2/повер	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2			
BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.															
% «Так» M=середні	M	M	M	M	M	M	M	M	%	M	M	M			
Київ	5	5	11	0.81	0.78	0.71	76	0	0	3.0	0.0	0.0	0.12	0.09	0.07
Донецьк	6	18	15	0.72	0.61	0.63	128	0	0	4.6	0.0	0.0	0.13	0.05	0.02
Одеса	13	18	14	0.76	0.73	0.78	93	8	0	8.0	1.3	0.0	0.30	0.16	0.10
Сімферополь	12	22	16	0.74	0.62	0.76	51	0	10	6.2	0.4	0.0	0.17	0.04	0.06
Дніпропетровськ	6	15	14	0.71	0.58	0.57	33	29	0	0.0	0.0	0.0	0.05	0.02	0.00
Миколаїв	8	8	16	0.72	0.75	0.66	0	3	9	2.1	0.0	0.0	0.20	0.09	0.06
Загалом	8	14	14	0.74	0.68	0.69	62	6	4	3.9	0.3	0.0	0.16	0.07	0.05

Таблиця 24 Динаміка показників: сімейні проблеми

	Сімейний статус ок			Житлові умови ок			Емоційне насильство			Фізичне насильство			Сексуальне насильство			ASI бали сімейних проблем		
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.																		
% «Так» M=середні	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Київ	68	85	99	88	80	99	48	25	12	16	5	0	0	0	0	0.24	0.10	0.19
Донецьк	56	64	53	76	82	93	8	14	0	8	0	0	0	0	0	0.19	0.17	0.11
Одеса	29	32	41	33	32	35	17	0	0	4	0	0	0	0	0	0.23	0.15	0.13
Сімферополь	64	64	85	44	72	65	56	12	0	12	4	0	0	0	0	0.25	0.13	0.09
Дніпропетровськ	67	83	77	75	94	83	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0.17	0.04	0.06
Миколаїв	54	46	55	43	50	50	46	38	25	7	4	0	0	0	0	0.23	0.15	0.12
Загалом	60	62	69	59	69	70	35	16	7	9	1	0	0	0	0	0.22	0.12	0.11

Показники соціальної інтеграції також значно поліпшилися протягом 12 місяців участі у програмі ЗПТ: середня кількість днів трудової зайнятості пацієнтів протягом попереднього місяця збільшилася майже вдвічі; середній прибуток від нелегальної діяльності значно знизився за цей самий період, і процент пацієнтів, які були притягнуті до кримінальної відповідальності зменшився з 3,9% до 0,3 % через 6 місяців і до 0,0% через 12 місяців. Зменшилася середня кількість балів правового розділу Індексу тяжкості залежності, це означає, що зареєстровано менше днів з будь-якою протизаконною діяльністю. Необхідно відзначити, що показники працевлаштування через 6 місяців знизилися на більшості сайтах, це свідчить про зниження потреби у консультуванні з питань зайнятості, протягом наступних 6 місяців ця потреба знов підвищилась на 3 сайтах (Донецьк, Одеса, Сімферополь).

Хоча рівень задоволеності сімейним статусом і умовами проживання підвищився незначно, пацієнти менше скаржилися з приводу негативного ставлення до себе, а середній показник сімейного розділу Індексу тяжкості залежності значно зменшився.

На основі отриманих даних можна зробити наступні висновки:

1. Успішне і адекватне впровадження в Україні ЗПТ опіоїдами є можливим, при цьому можна запобігти вносу замісного препарату з лікувальних закладів.
2. Підтверджено, що ЗПТ є високо ефективною щодо зменшення вживання нелегальних наркотиків і проявів ризикованої поведінки, асоційованої з інфікуванням ВІЛ. ЗПТ значно поліпшує соматичне здоров'я пацієнтів.
3. ЗПТ зменшує прояви кримінальної поведінки у клієнтів і сприяє їх соціальній реінтеграції.
4. Розширення програм ЗПТ є рекомендованим у якості ефективного втручання в рамках охорони громадського здоров'я, особливо для контролювання епідемії ВІЛ-інфекції. ЗПТ має бути невід'ємним елементом національної політики протидії розповсюдженню наркотиків, а також функціональної недискримінаційної системи допомоги споживачам наркотиків.

Со списком использованной литературы можно ознакомиться в Ресурсном центре УИИПОЗ

**2.3. Дворяк С.В. Что мешает внедрению заместительной поддерживающей терапии метадонем в Украине? / Дворяк С.В., Штенгелов В.В. // Психічне здоров'я. – 2007. – №2 (15). – С. 41-48.**

Що заважає впровадженню замісної підтримувальної терапії метадонем в Україні?

**Резюме.** Зроблено огляд публікацій українських авторів в науковій літературі та деяких ЗМІ щодо впровадження замісної підтримувальної терапії опіоїдної залежності. Проведено порівняння аргументації прибічників та противників впровадження метадонових програм в Україні.

**Ключові слова:** наркополітика, опіоїдна залежність, замісна підтримувальна терапія, метадон.

What hinders the implementation of methadone substitution maintenance therapy in Ukraine?

**Summary.** The authors reviewed the Ukrainian publications in science editions and some media on the implementation of opioid substitution maintenance therapy. Comparison was made between arguments of supporters and opponents of methadone programs implementation in Ukraine.

**Key words:** narcopolicy, opioid dependence, substitution maintenance therapy, methadone.

**Вступление.** Вопрос проводит или не проводит в Украине заместительную поддерживающую терапию (ЗПТ) метадонем возник уже довольно давно. Дискуссия ведется, как минимум, с 1995 г. Но и до настоящего времени профессионалам не удалось достичь консенсуса по этому поводу. И сегодня можно встретить публикации (правда, преимущественно в СМИ) о неприемлемости ЗПТ и недопустимости ее внедрения. В данном обзоре предпринята попытка представить работы украинских специалистов, посвященных данной теме, а также коротко описать наиболее распространенные в профессиональных кругах точки зрения на этот счет.

**Материал и обсуждение.** Самое раннее упоминание заместительной терапии нам удалось обнаружить в материалах Национального комитета по профилактике наркомании и заболевания СПИД [1]. В своем выступлении на сессии Комитета Первый замести-

тель председателя Национального комитета Ю.В.Кобыща отметил, что для противодействия эпидемии СПИД необходимо развивать программы снижения вреда, в том числе метадоновые программы для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Нельзя не обратить внимания на то, что первыми, кто заговорил о необходимости внедрения заместительной терапии, стали специалисты по ВИЧ/СПИД. В самом начале стремительного роста эпидемии, связанной с инъекционным потреблением наркотиков, они поставили вопрос о важности эффективного лечения опиоидной зависимости. Примечательно, что докладчик еще в 1995 г. указывал на основные причины, из-за которых в Украине не реализуются эти признанные в других странах эффективными подходы: недостаток средств и непонимание ответственными лицами важности данных мероприятий. Можно к этому добавить, что и сегодня, в 2007 г., ситуация выглядит не намного лучше.

В решении 5-й сессии Национального комитета борьбы со СПИД при Президенте Украины (Киев, 19-20 декабря 1995г.) было сказано следующее: «Поддержать инициативу МЗ Украины в отношении проведения экспериментально-клинического исследования реабилитационного значения и условий внедрения метадоновых программ в Украине» [1].

В дальнейшем решение сессии, во всяком случае, в данном пункте реализовано не было.

В 1998 г. была опубликована статья министра здравоохранения Украины А.М. Сердюка с соавторами [2], в которой среди прочих ставится задача «решить вопрос о введении в Украине метадоновых программ». Авторы подчеркивают: «За длительный период реализации этих программ наркологами многих стран мира накоплен значительный клинический материал, который свидетельствует о безусловно позитивном эффекте внедрения заместительной терапии». Однако в 90-х годах эта задача в Украине решена не была.

Одна из первых публикаций в психиатрической литературе в Украине по вопросу применения метадона и внедрения программ метадоновой поддерживающей терапии (МПТ) была подготовлена Э.Первомайским и И.Линским. [3]. Вот основные положения данного обзора:

- 1) тридцать лет вокруг данного препарата бушуют страсти, порой далёкие от медицины;
- 2) метадон не может быть достаточным средством предотвращения нелегальной «наркотизации», даже при использовании адекватных его доз;
- 3) МПТ снижает криминальное поведение среди ПИН;
- 4) хотя получены данные о снижении риска заболевания ВИЧ/СПИД среди ПИН, получавших заместительную терапию (ЗТ), некоторые специалисты считают, что вопрос о влиянии МПТ на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции по-прежнему остаётся открытым;
- 5) беременным с зависимостью от героина лучше назначать метадон, что снижает риски, как для матери, так и для плода;
- 6) хотя прием метадона и улучшает состояние большинства пациентов, но «фактически, – пишут Э. Первомайский и И. Линский, – это призыв к легализации наркотиков, по крайней мере, в лице метадона»;
- 7) для широкого внедрения МПТ существуют препятствия экономического характера.

В итоге обзора авторы делают не вполне вытекающий из приведенных источников вывод: «Ни одна из задач, решение которых предполагалось с помощью метадона, не достигнута (снижение преступности, повышение качества жизни больных, противодействие распространению ВИЧ-инфекции и т.д.), остаётся лишь реальная опасность негативных эффектов (появление новой для Украины метадоновой наркомании)». Соответственно они выражают уверенность, что данный метод не должен применяться в Украине и следует развивать терапию антагонистами опиатов (налтрексоном) и реабилитационные программы, направленные на полный отказ от наркотиков.

Нами был проведен краткий анализ данного обзора. Мы подсчитали отдельно количество ссылок, содержащих упоминания о позитивных и негативных эффектах метадона. Соотношение оказалось 43 к 12 в пользу метадона. Это при том, что к числу негативных оценок нами были отнесены и упоминания о том, что «эффективность была ниже ожидаемой» (?). Кроме того, мы обратились к некоторым статьям, на которые ссылались авторы обзора. Оказалось, что

ряд их выводов звучит довольно неожиданно. Так, например, в статье А. McLellan с соавторами [4] говорится, что эффективность терапии метадонном повышается, если она сопровождается психологическим консультированием. В обзоре же на основании этих данных делается вывод, что «взятый в отдельности метадон не может быть достаточным средством предотвращения нелегальной наркотизации, даже при использовании адекватных его доз». Ссылаясь на исследование L. Janigi с соавторами [5] Э. Первомайский и И. Линский утверждают, что «больные, леченные метадонном, также нуждаются в детоксикации, как и потребители одних только «уличных» наркотиков» и это, по их мнению, служит подтверждением тезиса: метадон не уменьшает потребление нелегальных наркотиков. Но в цитируемой статье идет речь о проведении детоксикации бупренорфином, клонидином и лефетамином, а эффективность метадо-на вообще не исследовалась.

Таким образом, мы вынуждены констатировать, что в данной публикации объективный анализ данных был подменен заведомо предубежденным подходом. Авторы убеждены, что главной целью лечения должен быть полный отказ от употребления наркотиков, и если этой цели достичь не удастся, то о прочих результатах терапии можно уже не беспокоиться. Они высказывают подозрение, что стремление внедрять МПТ скорее всего определяется немедицинскими (читай корыстными и недобросовестными) интересами. Сложно не заметить явного идеологического подтекста в данном выводе, который, в то же время, никакими данными не подкрепляется.

Мы не стали бы останавливаться так подробно на этом обзоре, если бы не два обстоятельства. Во-первых, он первый в украинской медицинской периодике, а во-вторых, он весьма типичен, в том смысле, что вместо научного анализа осуществляется «подгонка» литературных данных к уже загодя сформулированному мнению. На наш взгляд это делает большинство публикаций, посвященных метадону, похожими на пропагандистские статьи. Интересно, что и в последующих публикациях одного из авторов обзора (И. Линского) используются те же самые необоснованные аргументы-клише и проявляется предубежденность [6-7].

В том же 1998 г. МЗ Украины были утверждены «Унифицированные стандарты наркологической помощи населению в лечебно-

профилактических учреждениях Украины» [8], которыми предусматривалось применение заместительной терапии (ЗТ). Правда, стандарты не содержали подробного описания процедур, связанных с ЗТ, и препаратов, рекомендованных для этого вида терапии. В перечне рекомендованных мер упоминается «заместительная терапия по индивидуальной схеме», как элемент лечебных комплексов 6 и 7.

В 2001 г. с целью изучения ситуации с ЗТ в Украине побывала миссия Института открытого общества (Нью-Йорк, США). Сделанный ею доклад [9] содержит интересные факты и выводы. Вот наиболее примечательные из них.

Некоторые официальные лица из МЗ Украины (фамилии не называются), почему-то считают, что приказ о внедрении терапии метадонотом должен быть издан МВД. Главный нарколог Одесской области сообщила, что есть много пациентов и их родственников, которые хотели бы лечиться метадонотом и «ждут такой возможности». Кроме того, она отметила, что «бупренорфина недостаточно для потребителей высоких доз героина». Оказалось, что большинство врачей-наркологов, с которыми встречались представители миссии, почти ничего не знают о заместительной терапии и считают, что одним из серьезных препятствий для внедрения этого вида лечения будет неподготовленность медицинского персонала. Впрочем, отсутствие специальных знаний не мешало многим врачам высказываться негативно в отношении внедрения ЗПТ в Украине.

Примечательно высказывание одного из харьковских наркологов: «У нас в стране много проблем и много бедных людей. Мы не должны делать потребителей наркотиков более счастливыми, чем нормальные люди». Возможно, это заявление содержит гораздо больше правды о метадонотомых программах в Украине, чем длинные, избыточные совершенно несостоятельными аргументами статьи. Во всяком случае, оно делает психологически понятной резко негативную реакцию многих, казалось бы, незаинтересованных людей по отношению к этому методу лечения.

В 2001 г. была опубликована 3-я Национальная программа профилактики ВИЧ-инфекции/СПИД на 2001-2003 годы [10]. В пункте 36 говорится, что необходимо «Начать введение заместительной терапии, с целью уменьшения риска инфицирования потребителей инъекционных наркотиков ВИЧ и возбудителями других трансфу-

зионных инфекций». Несмотря на то, что данная программа была утверждена постановлением Кабинета министров Украины, она в данном пункте не была реализована. В Программе не содержалось указаний на то, какими заместительными препаратами, и по какой модели должна была проводиться ЗПТ. Однако, учитывая, что на тот момент наиболее изученным препаратом являлся метадон, предполагалось, что именно этим препаратом будет проводиться ЗПТ.

Также в 2001 г. при финансовой поддержке МФ «Відродження» был подготовлен доклад «Заместительная терапия в Украине с точки зрения законодательства» (опубликован в 2004 г.) [11]. Проанализировав Украинское законодательство, авторы приходят к выводу, что в стране не существует юридически обоснованных препятствий для внедрения и применения ЗПТ для лечения больных с опиоидной зависимостью. Они также выражают уверенность в том, что применение этого метода приведет к снижению риска инфицирования ВИЧ, уменьшит криминализацию наркозависимых и улучшит их здоровье и социальное функционирование.

В 1996 году при представительстве ООН в Украине была создана Тематическая группа ООН по ВИЧ/СПИДу. В ее состав входили представители агентств ООН, работавших в то время в Украине: ВОЗ, ЮНЕЙДС, ПРООН, ЮНИСЕФ и Фонда народонаселения ООН. В 2001 году состав тематической группы был расширен за счет привлечения представителей государственных и неправительственных организаций. В этом же году была создана техническая рабочая группа ООН по работе с потребителями инъекционных наркотиков. В ее задачи входило обсуждение вопросов, связанных с профилактикой ВИЧ/СПИД и лечением наркозависимости, включая интервенции в отношении ПИН. Одной из важных тем, которые дискутировались в ходе работы, было внедрение ЗПТ в практику наркологической помощи, в основном, с целью профилактики ВИЧ/СПИД. В состав групп входили представители Британского совета, Агентства по международному сотрудничеству США, Международного Альянса по ВИЧ/СПИД, МБФ «Відродження», университета им. Джонса Хопкинса (США), всех агентств ООН, Министерства здравоохранения Украины, Украинского центра СПИД, Министерства обороны, Министерства внутренних дел, Национальной академии педагогических наук и др. На заседаниях обеих групп не раз рассматривались вопросы, связанные с внедрением ЗПТ. В целом доминировала позиция, что

ЗПТ необходимо внедрять как можно раньше и использовать как можно шире с целью влияния на эпидемию ВИЧ/СПИД [12]. В коротком докладе UNAIDS, выпущенном в 2002 г. [13] говорится, что оказание квалифицированной помощи ПИН является приоритетной задачей в Украине, поскольку до 75% ВИЧ-инфицированных были заражены при инъекционном потреблении наркотиков. А основной причиной того, что в стране до сих пор не организован надлежащий ответ на эпидемию, является отношение к проблеме и несоответствующее поведение, в том числе среди лиц, принимающих решение. Имеются в виду стигматизация и дискриминация ПИН и людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС).

В 2002 г. была опубликована большая статья В.Кузьмина и А.Абросимова, [14], посвященная лечению наркотической зависимости. Авторы описывают лечение метадоном, как распространенный в Западных странах метод. При этом приходят к следующему выводу: «Применение метадона может рассматриваться не как разновидность основной терапии наркозависимых, а как паллиативная лечебная мера либо как переходный этап к полному воздержанию». Данный вывод не подтверждается какими-либо клиническими наблюдениями или другими объективными данными, а вытекает из убежденности авторов, что целью лечения зависимости должно быть полное прекращение потребления психоактивных веществ.

В Программе реализации государственной политики в сфере борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров на 2003-2010 годы [15] выделяется в качестве отдельного пункта следующее требование: «Обеспечить изучение отечественного опыта работы по применению методик «заместительной терапии» для лечения и социальной реабилитации лиц, больных наркоманией». Хотя выполнение этого положения было поручено МЗ Украины, данное ведомство, по сути, не предприняло никаких действий, чтобы его выполнить. Во всяком случае, первый приказ в отношении ЗПТ появился только в 2005 г.

В 2004 г. свет увидели Концепция стратегии действий Правительства, направленных на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции/СПИДа на период до 2011 г. и 4-я Национальная программа обеспечения профилактики ВИЧ-инфекции, помощи и лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИД на 2004-2008 гг. [16, 17]. В Программе содержится пункт, в котором МЗ Украины поручается,

совместно с международными донорскими, общественными и благотворительными организациями, внедрить метод заместительной терапии с целью уменьшения риска инфицирования ВИЧ потребителей инъекционных наркотиков.

Нельзя не остановиться на весьма специфическом документе, который был распространен Службой безопасности Украины в 2004г. Название документа «Предварительные выводы СБУ относительно метадоновой заместительной терапии. Метадон – «за» и «против»» выглядит вполне нейтральным, чего нельзя сказать о его содержании [18]. Если говорить о форме данного документа, то она произвольна и не содержит ни ссылок на источники, ни даже подписи автора. По содержанию документ похож на пропагандистскую статью, в которой ничего не нужно объяснять, а следует «заклеймить» со всеми вытекающими последствиями. Письмо начинается следующей «справкой»: *«Метадон был разработан для спасения человечества от героиновой чумы еще в 1919 году... В 1937 году его назвали в честь Адольфа Гитлера – «долафином». В 1954 году переименовали в «метадон». Уже в 70-х годах стало понятно, что метадон убил большее количество людей, чем героин. В 80-х Америка и Европа отказались от его закупок. Однако на тот момент метадона было произведено на несколько тысячелетий вперед. Встал вопрос: куда его девать».*

Весь текст буквально пропитан таким настроением. Ключевые слова здесь: «чума», «Адольф Гитлер», «тысячелетия». Письмо содержит также упоминания неизвестных авторов, которые якобы доказали несостоятельность применения метадона, но найти этих авторов в доступных источниках оказалось невозможным. Следует также сказать, что практически все данные, содержащиеся в нем, мягко говоря, не соответствуют фактам. В 1919 г. никто не говорил о «героиновой чуме». Метадон не был создан ранее начала 2-й Мировой войны, его не называли в честь А.Гитлера, и нет данных, что его накоплено слишком много. Что касается смертности от метадона, то, во-первых, эта тема в научных кругах стала обсуждаться только в конце 90-х годов; во-вторых, специально организованная по этому поводу группа исследователей установила, что рост смертности, связанный с метадоном обусловлен его назначением как обезболивающего средства, и не имеет отношения к метадоновым программам [19].

Странно, что документ, изобилующий фактическими нелепостями и элементарной дезинформацией, распространяется солидной государственной организацией и, несомненно, оказывает влияние на принятие соответствующих решений. Однако многое проясняет следующий факт. Примерно через год после появления письма СБУ возникло обращение ведущих российских психиатров и наркологов под красноречивым заголовком «Нет метадоновым программам в Российской Федерации»[20]. И пафос данного обращения, и его содержание удивительным образом совпадают с письмом, подготовленным СБУ. Судите сами. Вот цитата из обращения российских психиатров-наркологов.

*«Как отмечали американские ученые Клейнбор и Баден, серьезной проблемой, особенно среди молодых наркоманов, принимающих метадон, стали случаи с летальными комами, которые возникали в результате случайных передозировок. На одной из конференций в Вашингтоне было отмечено, что число смертельных случаев от использования метадона превысило число смертельных случаев от героина (абзац 8)».*

А вот фрагмент из письма СБУ.

*«Как отметили американские ученые Клейборн и Баден, серьезной проблемой, особенно среди молодых наркоманов, которые принимали метадон, стали смертные случаи с фатальными комами, которые возникли в результате случайных передозировок. На одной из конференций в Вашингтоне было отмечено, что смертельные случаи от метадона превысили смертельные случаи от героина».*

Представляется уместным привести здесь же и комментарии, которые последовали за Обращением российских ученых. Ответное письмо было подписано 46-тью исследователями и врачами США, Великобритании, Ирана, Австралии, Франции, Индии, Италии, Швейцарии и других стран» [21]. Цитируем:

«Поиск исследований или научных работ за авторством кого-либо по фамилии «Клейнбор» (или похожей фамилии) не дал результатов. Статья Бадена о летальных случаях, связанных с метадоном, была опубликована в 1970г., в ранние годы применения метадоновой поддерживающей терапии, и на данный момент устарела».

Еще одна цитата из Письма СБУ.

«Безусловно и однозначно еще раз Допсом было заявлено (из опыта Комиссии ООН по наркотическим средствам): «При лечении метадонем один наркотик лишь заменяется другим и не стимулируется отказ от наркотиков вообще».

И из обращения «Нет метадоновым программам в РФ».

«Как заметил американский ученый Допс, «при лечении метадонем один наркотик лишь заменяется другим и не стимулирует отказ от наркотиков вообще» (абзац 11).

А вот комментарии специалистов, подписавших ответ на Обращение.

«Не приводится ссылка на источник цитаты. Поиск статей за авторством лица по фамилии «Допс» не дал результатов. В 1971 г. о метадоне писал исследователь У. Г. Доббс, который изложил свои личные взгляды на относительно новый в то время метод лечения».

Чтобы завершить сравнительный анализ двух документов, которые готовила – очень похоже – одна рука, процитируем последний раз «Нет метадоновым программам...» и коллективный ответ на него.

«Накопленный к концу 70-х гг. XX века практический опыт показал, что использование метадона в качестве заместительной терапии больных героиновой наркоманией привело к быстрому созданию новой группы наркоманов, но уже зависимых от метадона. Комиссия ООН стала получать основанные на многолетнем практическом опыте и большом количестве научных исследований данные о тяжелых последствиях применения метадона...Особенностью метадоновой наркомании является не наблюдающаяся при героиновой наркомании частая прибавка в весе, развиваются отеки на руках и ногах, кардиомиопатии, гепатиты, циррозы печени, нарушается функция легких, развиваются удушья, нарушения сна, ночные кошмары (абзац 7)...продолжается поиск новых доводов для защиты скомпрометировавшего себя метадона (абзац 16).»

Из ответа специалистов:

«Не приведено никаких ссылок на источники в подтверждение этих заявлений. Не существует медицинских исследований, которые указывали бы на неэффективность метадона, зато существуют сотни исследований, демонстрирующих его эффективность как средства сокращения распространения ВИЧ/СПИДа и инъекционного упо-

требления наркотиков, а также снижения уровня преступности и других социальных издержек, связанных с незаконным употреблением героина.

Вопреки приведенным выше заявлениям, безопасность и эффективность метадона недвусмысленно подтверждены. Многие из наиболее известных во всем мире медицинских организаций, организаций наркоконтроля и здравоохранения одобряют использование метадона для лечения опиоидной зависимости. К ним относятся: Всемирная организация здравоохранения; Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН); Федерация европейских профессиональных ассоциаций, работающих над проблемами злоупотребления наркотиками; Консультативный совет Великобритании по проблемам злоупотребления наркотиками; Центры по контролю заболеваемости (CDC – США); Управление по национальной политике контроля за наркотиками (США); Национальный институт по проблемам злоупотребления наркотиками (NIDA – США), Американская медицинская ассоциация, и Институт медицины (США).

В многочисленных научных исследованиях, позиционных документах и учебниках, изданных в США, Австралии, Канаде и Европе, сформулирован вывод о том, что метадоновая поддерживающая терапия является наиболее эффективным лечением опиоидной зависимости. Более того, из всех методов лечения зависимости метадоновая поддерживающая терапия была предметом самых строгих научных исследований с однозначно положительными результатами. (Подчеркнуто нами – С.Д. и В.Ш.)

Из сказанного выше следуют, как минимум, два вывода. Первый. Активные противники внедрения метадона не отягощают себя необходимостью тщательно аргументировать свои возражения. Также они не стесняются заимствовать аргументы друг у друга, не давая при этом никаких ссылок, что свидетельствует о невысоком уровне ведения научной полемики. Второй же вывод состоит в том, что изначально существует задача: не разбираться в обоснованиях и аргументах, а однозначно представить проблему в отрицательном, более того – неприемлемом свете. Ну, в самом деле, кто же захочет иметь дело с препаратом, который был назван в честь Адольфа Гитлера. Другой вопрос насколько данная информация соответствует действительности. На самом деле – не имеет с ней ничего общего. И

вот тут-то и кроется, если можно так выразиться, корень проблемы. Чтобы скомпрометировать метадоновую терапию, ее противники считают допустимым использовать и подтасовку, и прямую дезинформацию. Однако подобными методами авторы, прежде всего, компрометируют себя, оставляя у читателя все больше и больше сомнений в научности и достоверности приводимых данных.

Безусловно, предпочтительней выглядит аргументация А.Wodak [21], исследователя из Австралии, который, отвечая все на то же письмо российских ученых, пишет: «Вы ссылаетесь на письмо Австралийского посольства, полученного Российской Федерацией в 1995г., в котором говорится: «Практика выдачи метадона показала его неэффективность. Из-за того, что метадон не дает желаемого эффекта, наркоманы прекращают принимать его». Данное письмо не соответствует реальности. Количество больных, получающих метадоновую поддерживающую терапию, увеличилось с 1995 года более чем на треть и сегодня составляет в Австралии почти 40,000 человек, – и далее А.Wodak продолжает, – Если вы располагаете научными доказательствами существования метода лечения героиновой зависимости более эффективного, чем метадоновая поддерживающая терапия, то, пожалуйста, приведите эти данные, особенно, если они опубликованы в заслуживающих уважения научных журналах».

Нам не известно, последовала ли какая-то реакция российских специалистов на письма представителей мирового научного сообщества, но мы совершенно точно можем сказать, что до настоящего времени никаких серьезных научных публикаций о методах лечения опиоидной зависимости более эффективных чем терапия агонистами опиатов не появлялось. В конечном итоге можно констатировать, что и в последующие годы большинство аргументов, выдвигаемых против применения метадона, характеризуются такими словами, как «не соответствует действительности», «не находят подтверждения в научной литературе» и т.п.

В 2003 г. в Украине был впервые зарегистрирован метадон in bulk в форме 2% раствора. [23]. Несмотря на факт регистрации препарата, применение его оказалось практически невозможным. Раствор был не пригоден для использования в клинике, его необходимо было дополнительно разводить, а поскольку Приказ МЗ Украины № 356 запрещает это делать в клинических условиях, следовало ис-

как способ дополнительной фасовки на разовые дозы в аптечных или заводских условиях. Это, во-первых, удорожало лечение, во-вторых, создавало ряд технических трудностей. В итоге, в условиях весьма амбивалентной позиции МЗ Украины в отношении ЗПТ, применение метадона было отложено на неопределенный срок. В то же время факт регистрации сыграл определенную положительную роль, поскольку продемонстрировал и украинским профессионалам и мировому сообществу, что Украина готова внедрять современные методы лечения опиоидной зависимости и профилактики ВИЧ/СПИД.

В июне 2003 г. по инициативе МЗ Украины и ПРООН (проект «Права человека в действии») была проведена Национальная конференция «Эпидемия ВИЧ/СПИДа и инъекционное потребление наркотиков в Украине». В работе конференции приняли участие один из ведущих экспертов в данной области профессор Цюрихского университета Амброс Ухтенгаген и координатор программ ВОЗ по вопросам наркотической зависимости Владимир Позняк. На конференции было отмечено, что эпидемия ВИЧ/СПИД развивается в Украине преимущественно за счет инъекционного потребления опиатов, и всеми участниками было признано, что лечение зависимости агонистами, в первую очередь метадоном станет эффективным методом профилактики ВИЧ/СПИД.

Примерно в то же время группой специалистов Всеукраинской наркологической ассоциации во главе с Главным наркологом МЗ Украины А.Н.Виевским было подготовлено первое руководство для врачей «Использование заместительной терапии метадоном в лечении и реабилитации больных с синдромом зависимости от опиоидов» [24]. (Согласовано с Департаментом организации медицинской помощи населению МЗ Украины 10.02.2004). В руководстве подробно описывается процедура проведения ЗПТ метадоном и кроме того говорится, что ЗПТ является комплексным лечением. Наряду с заместительными препаратами должны использоваться психо-социальные методы, а также проводиться обследование и назначаться лечение в связи с соматическими и психическими заболеваниями у пациентов. Также следует упомянуть, что при поддержке Европейского бюро ВОЗ была разработана дополнительная программа подготовки врачей-наркологов в рамках курса усовершенствования. В ней также подробно изложены как научные пред-

посылки к проведению ЗПТ, так и методика ее организации и проведения [25].

Следует упомянуть также о политике ограничений и запретов на оборот наркотических и психотропных препаратов, которая в Украине является слишком жесткой, как пишет один из авторов настоящей статьи (С.Д.) [26, 27]. В его работах отмечается, что имеет место совершенно парадоксальная ситуация: меры контроля мешают лечению, но пока не могут повлиять на незаконный оборот наркотиков. Кстати, все международные конвенции, направленные на запрещение нелегального использования наркотиков, предусматривают их применение для медицинских целей и утверждают, что запретительные меры не должны мешать лечению. Так что же тогда считать «значимой социальной проблемой»: возможную, но пока только гипотетическую утечку метадона из клиники на «черный рынок», где он и без того уже занял прочное место, или продолжающуюся эпидемию ВИЧ/СПИД и увеличивающееся количество умерших больных, которые не получили своевременной медицинской помощи?

В ноябре 2004 года по приглашению Министерства здравоохранения Украины в страну прибыла совместная миссия ВОЗ/ЮНЕЙДС/УООННП для оказания технической помощи связанной с внедрением заместительной терапии опиоидами. По результатам работы миссии был подготовлен отчет [27], в котором было отмечено, что «серьезное положение с эпидемией ВИЧ в стране и анализ доказательной базы заместительного лечения позволяет сделать вывод об отсутствии реальной альтернативы быстрому расширению масштабов ЗПТ. Как и в случае других препаратов, метадон или другие заместительные наркотические вещества не являются показанными для каждого потребителя наркотиков, но опыт других стран свидетельствует, что от 30 до 40% лиц с опиоидной зависимостью должны получить доступ к заместительному лечению с целью оказания влияния на ход эпидемии ВИЧ и потребление нелегальных наркотиков. «Для Украины, где по оценкам речь, идет о 200 – 595 тысяч ПИН, это может означать потребность от 60 до 238 тысяч курсов ЗПТ» [28].

Последний год в Украине отмечен резким всплеском общественного интереса к программам ЗПТ. Это связано с тем, что в нашей стране с 2004 года работают пилотные проекты заместительной терапии бупренорфином, и в настоящее время ими охвачено более

500 пациентов. Некоторые результаты этих проектов отражены в публикациях, в том числе в международном научном журнале [29], а также в докладах на проведенной в ноябре 2006 года в Киеве итоговой конференции «Внедрение заместительной поддерживающей терапии для больных опиоидной зависимостью в Украине». На конференции была принята резолюция, отражающая мнение профессионалов, занятых в сфере лечения опиоидной зависимости. [30].

В 2007 году появилась реальная возможность развертывания в нашей стране метадоновых программ. Это вызвало очередную волну протеста со стороны некоторых общественных организаций и ряда специалистов в области наркологии. Обострилась дискуссия сторонников и противников ЗПТ в средствах массовой информации [7, 31-34]. При этом аргументы противников ЗПТ – все те же пропагандистские клише: «Посадить Украину на метадоновую иглу», «Метадон – фашистское изобретение, названное в честь Гитлера», «ЗПТ – это попытка легализации наркотиков и происки Запада», используется миф о высокой смертности клиентов метадоновых программ и т.п. В то же время отбрасываются строгие научные доказательства эффективности ЗПТ, в том числе и с применением метадона.

На сегодняшний день в мире накоплено значительное количество обоснованных научных данных относительно эффективности лечения наркотической зависимости, включая материалы о поддерживающем лечении метадоном. В мире количество пациентов с опиоидной зависимостью, получавших лечение метадоном в 2005 году, составило 875000 человек. Это число постоянно растет почти во всех регионах мира. Поддерживающая терапия метадоном стала наиболее распространенным подходом к лечению опиоидной зависимости. В европейском регионе 76% программ заместительной терапии используют метадон и, по расчетам, в странах Европы поддерживающее лечение метадоном покрывает около 80% потребности в таком лечении.

В 2003-2005 годах ВОЗ инициировала проведение многостороннего анализа этих данных, в которые были включены результаты более, чем 100 исследований выполненных в разных странах, с использованием разных методологий, вместе с рандомизированными клиническими испытаниями, крупными проспективными долгосрочными исследованиями и специальными исследованиями по

экономической целесообразности таких программ. Анализ научных данных подтвердил, что заместительное поддерживающее лечение метадоном эффективно способствует:

- уменьшению рискованных по отношению к ВИЧ-инфекции форм поведения;
- улучшению физического и психического здоровья;
- снижению смертности;
- уменьшению употребления нелегальных наркотиков;
- улучшению социальной адаптации;
- снижению уровня преступности.

В этом контексте также важно принять во внимание, что метадоновая поддерживающая терапия (МПТ):

- редко вызывает побочные эффекты, как правило, существенно улучшая показатели состояния здоровья;
- является более эффективной для удержания пациентов на лечении, чем бупренорфиновая;
- более эффективно снижает употребление нелегальных наркотиков, чем бупренорфиновая;
- во многих странах программы МПТ стоят дешевле, и поэтому, экономически более целесообразны, чем программы с использованием бупренорфина.

Результаты исследования экономической целесообразности свидетельствуют, что МПТ является экономически обоснованным выбором при назначения адекватных доз и удержании пациентов в лечебных программах. Изучение экономической целесообразности доказывает возможность экономии средств в 3 раза на затраты, связанные с социальными и медицинскими услугами, и в 7 раз, если учитывать затраты системы правоохранительных органов и др.

Накопленные в течение последних десятилетий данные свидетельствуют, что МПТ не только является эффективным способом лечения наркотической зависимости, но и выполняет важную роль в профилактике ВИЧ/СПИД. МПТ создает предпосылки для улучшения доступа к антиретровирусному лечению потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ/СПИД (вместе с предоставлением АРТ под непосредственным наблюдением) и лечению оппортунистических инфекций, таких как туберкулез. Роль ЗПТ

является чрезвычайно важной в улучшении удержании пациентов в программах профилактики и формировании приверженности к лечению ВИЧ/СПИД.

ВОЗ считает поддерживающее лечение метадонем важным инструментом охраны общественного здоровья в области лечения опиоидной зависимости, профилактики и лечения ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков» [35, 36].

**Выводы.** В заключение необходимо отметить, что принятие решений о применении метадона в Украине должно осуществляться профессионалами в области здравоохранения. Наркополитика государства должна основываться на научно доказанных фактах, а не на пропагандистских клише, мифах и субъективных мнениях. Здесь важна роль специалистов, квалификацию и информированность которых по вопросам ЗПТ необходимо повышать. Следует также отметить роль представителей СМИ, которые формируют общественное мнение. Они должны предоставить читателю не просто набор разных мнений, а показать еще, на чем эти мнения основаны, и обязательно помочь из противоположных точек зрения выбрать более аргументированную. Выяснить, где за мнением стоят многолетние научные наблюдения и строгие, методологически выверенные данные, анализировавшие профессионалами, а где всего лишь предвзятые суждения, в буквальном значении слова, т.е. когда суждение выносятся до того, как оно проверяется разумом.

Пациенты, страдающие опиоидной зависимостью, как и все граждане Украины, согласно законодательству имеют право на получение самых современных и эффективных видов медицинской помощи, к которым относится и заместительная поддерживающая терапия метадонем.

*Со списком использованной литературы можно ознакомиться в Ресурсном центре УИИПОЗ*

**2.4. Herbert D. Kleber. Поддерживающая терапия метадонном – 40 лет спустя. Спасено тысячи жизней, однако сомнения остаются / Herbert D. Kleber, MD // JAMA. – 1965. – №193 (8). – С. 646–650.**

Резюме оригинальной статьи

Лечение зависимости от диацетилморфина (героина): клинические испытания метадона гидрохлорида

*A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin)*

*Addiction: A Clinical Trial*

*With Methadone Hydrochloride*

*Vincent P. Dole, MD, and Marie Nyswander, MD*

У 22 пациентов (все мужчины) с зависимостью от героина длительностью в среднем 9,5 лет была достигнута стабилизация состояния при пероральном применении метадона гидрохлорида. Катамнестическое наблюдение проводилось в течение 1-15 месяцев (в среднем 3 месяца). Отмечено 2 основных эффекта препарата: (1) снижение влечения к наркотику и (2) развитие достаточного уровня толерантности для того, чтобы заблокировать действие привычной дозы нелегального наркотика (героина).

Сочетание метадоновой терапии и интенсивной программы реабилитации приводило к значительному улучшению в различных сферах жизнедеятельности пациентов, таких как: трудовая деятельность, учеба, семейные отношения. Никаких побочных эффектов, кроме запоров, выявлено не было.

Авторы отмечают, что были необходимы «тщательное медицинское наблюдение и интенсивные социальные услуги», и подчеркивают, что «важными оказались как медикаментозное лечение, так и психосоциальная поддержка». Небольшой размер изученной группы и малый срок катамнестического наблюдения позволяет рассматривать данную публикацию как многообещающую и перспективную, однако, результаты являются предварительными.

Комментарии Herbert D. Kleber, MD (Колумбийский университет, колледж врачей и хирургов, отдел психоактивных веществ Института психиатрии штата Нью-Йорк)

**Corresponding Author:** Herbert D. Kleber, MD, Columbia University College of Physicians and Surgeons, Division on Substance Abuse, The

New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside, PI Unit 66, New York, NY 10032 (hdk3@columbia.edu).

Эффект, который произвела статья Dole и Nyswander<sup>1</sup>, становится более понятным, если знать, что предшествовало этому. С современной научной точки зрения опиоидная зависимость рассматривается как хроническое и тяжелое заболевание, и детоксикация сама по себе обычно быстро приводила к рецидиву<sup>2</sup>. Однако, 100 лет назад детоксикация считалась адекватным методом лечения наркотической зависимости. Наряду с этим поменялись методы более опасные, чем детоксикация. Считалось, что пациенты с рецидивами сами были виновными в ухудшении своего состояния.

Однако, частота рецидивов привела к созданию клиник для наркозависимых, в которых легально назначались пациентам героин или морфин. В 1923 году все эти клиники были закрыты, что объясняли их неэффективностью, так как не достигалось воздержание от наркотиков. Федеральные власти интерпретировали Закон Гаррисона 1914 года, как запрещающий поддерживающую терапию лиц с активной зависимостью и привлекали к ответственности врачей, которые это делали.

Между 1919 и 1935 годами приблизительно против 25000 врачей возбуждались уголовные дела в соответствии с Законом Гаррисона, и 10% из них были приговорены к тюремному заключению. Несмотря на то, что, разъяснения Верховного Суда 1921 и 1926 годов о том, что этот закон не запрещает такие назначения, большинство врачей избегали применения этого метода. Таким образом, врачебный подход к лечению пациентов, страдающих зависимостью, был отодвинут на целых 40 лет.

Героин стал распространенным уличным наркотиком. Во время Второй мировой войны в связи с дефицитом героина и его чистотой, доходившей до 1%, отмечался рекордно низкий уровень зависимости. В конце 1940-х годов, возобновилась контрабанда героина, но потребители были в основном молодыми людьми, принадлежавшими к расовым и этническим меньшинствам, проживали они, в основном, в бедных регионах севера страны. Лечебная помощь оказывалась редко, заключение в тюрьму применялось часто, и рецидивы были распространенным явлением<sup>3</sup>.

## **Поддерживающая терапия метадон**

Через 40 лет после закрытия последней клиники поддерживающей терапии, в 1965 году статья Dole и Nyswander вызвала фурор. Dole, специалист по внутренним болезням, считал, что наркотическая зависимость является метаболическим заболеванием не очень отличающимся от диабета. Nyswander, которая была психиатром, пережила годы фрустрации, занимаясь лечением пациентов с наркотической зависимостью только при помощи психотерапии, что часто сопровождалось рецидивами. Их совместное исследование<sup>1</sup>, проводившееся в Нью-Йорке сначала в институте Рокфелера, а затем в больнице общего профиля в Манхэттене, включала 22 участника с диагнозом героиновой зависимости. Через год Dole с соавторами опубликовал эмпирические данные о терапевтической блокаде действия наркотиков<sup>4</sup>. Последующие длительные катамнестические исследования подтвердили возможность успешного лечения в более широких масштабах.

Метадон заменил морфин, как основной препарат для лечения состояния отмены героина. В качестве поддерживающего препарата для лечения зависимости метадон задерживает развитие синдрома отмены в течение 24-36 часов, что позволяет пациентам посещать клинику 1 раз в день, в отличие от клиник 20-х годов, которые использовали опиоиды кратковременного действия.

После появления этой статьи<sup>1</sup> в 1965 году, ученые постоянно развивали научные основы метадоновой поддерживающей терапии (МПТ). Большие программы, использующие более экономичные методы индукции, начали работать в Нью-Йорке, и Управление по контролю пищевых продуктов и медикаментов одобрило ограниченное применение метадона в больших экспериментальных программах<sup>5</sup>.

В 1970 году перед правительством США встали 2 проблемы, связанные с употреблением героина: рост количества потребителей героина и связанной с этим преступности, особенно в городах; употребление героина американскими военнослужащими во Вьетнаме. Обеспокоенный возможностью повышения уровня преступности после возвращения военнослужащих в США и под впечатлением первых успехов Управления по лечению наркомании, возглавляемого Дюпоном, в снижении уровня преступности с помощью лече-

ния героиновой зависимости<sup>6</sup>, президент Никсон 17 июня 1970 года провозгласил войну наркотикам, создав Специальное агентство по профилактике употребления наркотиков (SAODAP), и назначил первым директором этого агентства Джерома Яффе. Обязанностями новой структуры стали координация и быстрое расширение системы лечения наркотической зависимости, включая изменение соответствующего законодательства<sup>5</sup>.

Как раз после того, как SAODAP и власти Нью-Йорка начали расширять программы МПТ, началось мощное движение против этого вида терапии. Частично это было связано с сообщениями о смертях, связанных с метадоном, но в основном с тем, что при таком лечении происходила замена одной зависимости другой. Сторонники психосоциальных программ выступили против МПТ, по всей вероятности, чтобы уменьшить напряженность в обществе в связи с бедностью и социальными болезнями. Директор одной резидентной лечебной программы говорил: «Я думаю, что это хорошая идея – использовать метадон. Будем давать деньги грабителям банков, предоставлять женщинам насильникам и метадон наркоманам»<sup>7</sup>.

За первые два года в стране было создано поддерживаемых федеральным правительством лечебных программ больше, чем за предыдущие 50 лет. В 1974 году две трети из 700 миллионов долларов, выделенных бюджетом на «войну с наркотиками» было направлено на лечение, научные исследования и профилактику, в отличие от предыдущих 25 лет, в течение которых две трети расходов было направлено на снижение предложения наркотиков<sup>5</sup>.

### ***Позитивные результаты применения МПТ***

Многочисленные исследования показали эффективность МПТ в отношении уменьшения потребления нелегальных опиоидов, заболеваемости и смертности, риска ВИЧ-инфекции, противоправной деятельности и повышения уровня общего функционирования. У пациентов программ МПТ показатель смертности за 1 год составил 1% в отличие от 8% у пациентов, прервавших лечение<sup>8</sup>. Проспективное исследование, проведенное в 1993 году в Филадельфии (штат Пенсильвания) показало, что уровень сероконверсии по ВИЧ оказался в 4 раза выше у лиц, продолжавших употреблять нелегальный героин, по сравнению с пациентами программ МПТ<sup>9</sup>. Снижение риска коррелировало с длительностью непрерывной МПТ. Риск

заражения вирусами гепатитов В и С также снижался, но гораздо меньше<sup>9</sup>.

Исследование, проведенное в 1991 году, показало, что количество дней, когда наркозависимыми совершались противоправные действия, уменьшалось больше, чем на 70% при получении МПТ<sup>10</sup>. По данным рандомизированного исследования у пациентов в группах стандартного и усиленного лечения отмечалось значительное снижение уровня потребления нелегальных опиатов и улучшение показателей общего функционирования по сравнению с клиентами групп минимального консультирования<sup>11</sup>. Однако увеличение количества коммерческих центров МПТ (часто получающих очень большую прибыль) и уменьшение финансирования неприбыльных центров привело к тому, что многие программы испытывали дефицит кадров. Это остается одной из нерешенных проблем общественного здоровья.

Средние поддерживающие дозы метадона в диапазоне 60-120 мг или выше обеспечивают лучшие результаты по сравнению с более низкими средними дозами, в частности в связи с тем, что сейчас степень частоты нелегального героина часто превышает 40%. Период полужизни метадона в плазме крови в фазе стабилизации составляет в среднем 24-36 часов с диапазоном от 13 до 56 часов. Однако может понадобиться не менее 10 дней для достижения стабильного состояния, и новые пациенты, получающие как МПТ так и обезболивание метадонем, входят в группу риска смертельной передозировки. Большая часть зарегистрированных случаев смерти связана с метадонем, назначавшимся для обезболивания, а не с целью МПТ.

Хотя МПТ спасла жизни тысячам людей, но не является панацеей. Остается высоким уровень психической патологии. Во многих программах проблемами являются злоупотребление кокаином и производными бензодиазепина, а также агрессивное поведение. Многие пациенты не меняют своего поведения даже при наличии соответствующей помощи. Трудно решить, как поступать в таких случаях с учетом возможных негативных последствий исключения пациента из программы с одной стороны и влияние на других пациентов программы с другой стороны, а также того, что интенсивное вмешательство в условиях резидентных программ может оказаться эффективным.

В течение последних 20 лет полученные данные по нейробиологии опиоидной зависимости. Опиоидная зависимость рассматривается в настоящее время как поражение головного мозга, обладающее наследуемыми и приобретенными характеристиками болезни. Уже открыты эндорфиновая система и опиоидные рецепторы. Dole опередил свое время<sup>1, 4, 12</sup>.

### *Безопасность*

Исследования МПТ, проведенные Kreek в 1970-х годах, не выявили долговременных повреждений сердца, почек, печени или легких<sup>13</sup>. Препараты длительного действия, применяемые для поддерживающей терапии нормализовали нейроэндокринные изменения, вызванные опиоидами короткого действия<sup>12</sup> с минимальным воздействием на психику.

Доказано, что МПТ не нарушает способность к вождению транспорта. В течение последних 10 лет было обнаружено, что метадон, особенно в высоких дозах, в начале терапии или в комбинации с некоторыми препаратами может приводить к удлинению интервала QT на кардиограмме, а также к трепетанию желудочков сердца, которое относится к аритмиям, которые могут привести к смерти. В декабре 2006 года в связи с этим в инструкцию по применению метадона было добавлено предупреждение. Однако клиническое значение этих аномалий, как приводящих к смерти, окончательно не установлено.

### *Контроль со стороны властей*

МПТ относится к методам лечения, которые регулируются наиболее строго в США<sup>5</sup>. С небольшими исключениями метадон может назначаться и выдаваться для лечения состояния отмены опиоидов или заместительной терапии только сертифицированными программами лечения опиоидной зависимости. Увеличивается количество случаев, когда метадон выдается на дом, в зависимости от наркологического анамнеза пациента и его трудоустройства, при этом максимальное количество препарата – до одного месяца терапии выдается пациенту после двух лет нахождения в программе. Строгий контроль и уменьшение финансирования привели к тому, что трудно расширять программы или начинать новые. В обзоре Института медицины<sup>14</sup> сделан вывод, что «современная политика

делает слишком большой акцент на защите общества от метадона и недостаточно внимания уделяет защите общества от эпидемии зависимости, насилия и инфекции, которые метадон помогает уменьшить». Однако слишком мягкий контроль может привести к обострению проблем и нарастанию противодействия; необходимо соблюдать баланс.

### Стигма

В конце 1980 гг. противостояние МПТ значительно усилилось. Из разных регионов поступали жалобы по поводу празднования и продажи наркотиков рядом с клиниками, что усилило враждебность со стороны населения. Такие жалобы часто совпадали со снижением уровня психосоциальной поддержки.

В 1988 г. организованная Белым домом Конференция «За Америку без наркотиков», оказавшаяся откровенно антиметадоновой, демонизировала метадон, а также Национальный институт исследований проблем наркомании. Было выдвинуто требование о проведении парламентского расследования<sup>7</sup>. В 1990 г. Офис национальной политики контроля наркотиков изменил это отношение, и его Белая Книга по вопросам лечения четко обозначила, что поддерживающее лечение метадоном является законной и важной частью спектра лечения наркотической зависимости<sup>7</sup>. По иронии судьбы, хотя программы 12 шагов были часто недружелюбно настроены к МПТ<sup>15</sup>, Dole, друг основателя движения анонимных алкоголиков признал: «Он [Билл В.] предлагал, чтобы в моих будущих исследованиях я нашел аналог метадона – препарат, который будет облегчать иногда непреодолимое влечение к алкоголю у лиц с зависимостью от него и даст им возможность продвигаться по пути социального и эмоционального выздоровления в программах АА...»<sup>15</sup>.

В США приблизительно 260 тыс. человек в настоящее время получают МПТ (M. Perrino, письменное сообщение, октябрь 2008), хотя по оценкам менее 10% лиц с зависимостью от героина и других опиоидов получают МПТ. Во всем мире около одного миллиона людей получают МПТ; в некоторых странах, таких как Россия, противодействие со стороны властей внедрению поддерживающей терапии агонистами опиатов препятствует их использованию, хотя в этих странах высокий уровень ВИЧ-инфекции.

Бупренорфин – частичный агонист длительного действия, применяемый сублингвально, включенный в Таблицу 3 как опиоид, стал доступным с 2002 года для назначения частнопрактикующими врачами, прошедшими специальный тренинг<sup>5</sup> при ограничении до 100 пациентов на одного врача в настоящее время. Приблизительно 140 тыс. пациентов сейчас получают поддерживающую терапию бупренорфином (R.E. Johnson, письменное сообщение, октябрь 2008), и полученные результаты сравнимы с эффективностью МПТ, хотя контингент больных несколько отличается. Пока не ясно, будет ли легче сохранять трезвость после прекращения терапии бупренорфином по сравнению с МПТ, особенно при отсутствии адекватного психосоциального сопровождения. Хотя использование бупренорфина снижает вероятность передозировок или перехода на инъекционное введение, как и в случае всех агонистов мю-рецепторов, для этого препарата сохраняется такая возможность, и уже были отмечены отдельные случаи злоупотребления.

#### *Метадон: прекращать или не прекращать*

Преимущества долговременного поддерживающего лечения метадоном основаны на полученных данных<sup>2</sup>. Минимальная длительность МПТ перед попыткой прекращения лечения должно составлять не менее двух лет<sup>5</sup>. Даже у пациентов, получавших длительную поддерживающую терапию с существенными изменениями образа жизни, часто наблюдаются рецидивы после прекращения лечения, а уровень смертности у них гораздо выше, чем у лиц, оставшихся в программе. Таким образом, для многих пациентов многолетнее или длительностью в целую жизнь лечение может оказаться необходимым, но существует часто отрицательное отношение к такому варианту со стороны пациентов и членов их семей. Поддерживающая терапия, проводимая врачами общей практики, пока используется ограниченно, в основном для пациентов со стабильным состоянием в течение нескольких лет; результаты обычно положительные, хотя иногда некоторые пациенты переходят на более частое употребление нелегальных наркотиков. Такой подход позволяет избежать клинических проблем смешивания стабильных и нестабильных пациентов, однако количество стабильных пациентов является ограниченным. В конечном счете, проблема непрерывного поддерживающего лечения, по сравнению с рецидивом, может потре-

бовать изучения вопроса о том, как сделать обратимыми мозговые изменения, связанные с зависимостью. Пока это не сделано, длительное лечение агонистами опиоидов остается обоснованной альтернативой.

*Со списком использованной литературы можно ознакомиться в Ресурсном центре УИИПОЗ*

# ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В УКРАЇНІ

## **3.1. Центри інтегрованої допомоги – сучасна практика надання медико-соціальної допомоги**

---

**Форостяна О.В., канд.мед.наук**

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) и особенно ВИЧ-инфицированные ПИН являются одной из наиболее маргинализированных групп населения с ограниченным доступом к услугам профилактики, лечения и ухода.

Исследования свидетельствуют, что лишь 30% пациентов с опиоидной зависимостью способны полностью отказаться от наркотиков. То есть две трети пациентов, которые начали терапию, рецидивируют на протяжении года. В то время, когда речь идет о параллельном назначении АРВ-терапии, такой риск является очень опасным, поскольку в состоянии рецидива пациент имеет очень большую достоверность прекратить лечение СПИДа из-за нарушения приверженности к терапии.

Мировым опытом доказано, что наиболее эффективным для этой группы пациентов является предоставление комплексных медико-социальных услуг, которые предусматривают широкий спектр лечебных, социально- психологических, реабилитационных, информационных мероприятий и способствуют заинтересованности и благосклонности пациентов к лечению ВИЧ-инфекции, туберкулёза и других сопутствующих заболеваний.

Исходя из этого, на текущем этапе возникла потребность внедрить в Украине Центры интегрированных услуг (ЦИУ). ЦИУ – это современная модель предоставления помощи потребителям инъекционных наркотиков (ПИН), которая включает в себя комплекс медицинских, психологических и социальных услуг, благодаря которым ПИН смогут обеспечить свое качество жизни и психосоциальный статус, а также приобщиться к профилактическим мероприятиям относительно рискованного поведения. Такой моделью стали лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), в которых используют заместительную поддерживающую терапию (ЗПТ) как базо-

вый метод лечения. Это создает для пациентов возможность и даже необходимость постоянно посещать лечебное заведение, где будут предоставляться услуги по уменьшению вреда, диагностированию и лечению других болезней, например ВИЧ/СПИДа, гепатитов, туберкулёза, психических расстройств рядом с услугами психосоциальной поддержки.

Пакет услуг включает в себя обязательные и дополнительные услуги и может расширяться по потребности клиентов. В процессе внедрения интегрированного подхода целью является концентрация наибольшего количества услуг на базе ЛПУ. Дополнительные услуги могут быть предоставлены собственным персоналом, приглашенными консультантами или комбинированным способом.

**Цель создания ЦИУ:** Обеспечение нормального качества жизни и психосоциального статуса ПИН, а также приобщение их к профилактическим мероприятиям относительно рискованного поведения.

Основной моделью ЦИЕ стали ЛПУ, в которых используют ЗПТ как базовый метод лечения. ЛПУ создает для пациентов возможность и даже необходимость постоянно посещать лечебное заведение, предоставляет услуги по уменьшению вреда, диагностированию и лечению других болезней, например ВИЧ/СПИДа, гепатитов, туберкулёза, психических расстройств рядом с услугами психосоциальной поддержки. Дополнительные услуги могут быть предоставлены собственным персоналом, приглашенными консультантами или комбинированным способом.

**Задачи ЦИУ:**

- организация информационно-образовательных мероприятий;
- предоставление ЗПТ;
- консультирование инфекционистами пациентов по ВИЧ/СПИДе;
- консультирование фтизиатрами пациентов с диагнозом «туберкулез»;
- организация мероприятий по уменьшению вреда от употребления наркотиков (обмен шприцев и игл);
- предоставление услуг мобильной клиники;
- оказание психосоциальной поддержки;

- оказание психиатрической помощи;
- социально-психологическая реабилитация ПИН (программы свободные от наркотиков).

**Необходимый минимум интегрированных услуг для ЦИУ (решение Экспертного совета по вопросам ЗТ):**

- заместительный препарат (метадон, бупренорфин);
- тестирование на ВИЧ, консультирование;
- общее терапевтическое сопровождение (консультирование профильными специалистами);
- информирование по вопросам ВИЧ/СПИДа и относительно других доступных услуг, включительно с программами реабилитации;
- элементы программ снижения риска инфицирования ВИЧ (раздача презервативов, обмен шприцев).

**Принципы работы ЦИУ:**

- непрерывность предоставления услуг;
- аутрич работа;
- связь с комьюнити;
- дружественное отношение к клиентам;
- индивидуальный подход/планирование лечения;
- низкий порог включения в программу;
- гендерное равенство;
- мониторинг и оценка;
- эффективное распределение средств.

**Эффективность предоставления услуг ЦИУ базируется на:**

- поддерживающей политике/изменении законодательства;
- преодолении стигмы и дискриминации;
- проведение тренингов для профессионалов области ЗТ;
- сопровождении и соблюдении протоколов;
- непрерывном финансировании.

В структуру ЦИУ может входить мобильная клиника, которая позволяет расширить доступ к интегрированным услугам большому количеству клиентов.

Услуги, которые предоставляются в рамках работы модели «Мобильная клиника»:

- консультирование по принципу «равный-равному»;
- консультирование по вопросам химической зависимости и методов лечения;
- предоставление информации относительно организаций, которые работают в сфере ВИЧ-сервиса и химической зависимости;
- распространение презервативов, шприцев, стерильных приборов индивидуального использования;
- консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа;
- предоставление медицинских консультаций;
- тестирование экспресс тестами на ВИЧ, до и после тестовое консультирование.

Лечебно-профилактические учреждения, на базе которых уже предоставляются интегрированные услуги:

1. Крымский республиканский наркологический диспансер (г. Симферополь);
2. КГУ «Черновицкий областной наркологический диспансер».

Организации, которые получили финансирование для внедрения модели ЦИУ в рамках конкурса «Техническая поддержка центров интегрированных услуг и медико-социальная помощь наркозависимым с сопутствующей патологией»:

1. Крымское отделение ВБО ЛЖВ (г. Симферополь) – ЦИУ на базе Республиканского противотуберкулезного диспансера;
2. «Крок у майбутнє» (г. Луганск) – ЦИУ на базе Луганского областного наркологического диспансера;
3. Хмельницкий областной наркологический диспансер;
4. БО «Импульс» (г. Павлоград) – ЦИУ на базе 3 отделения Днепропетровского областного наркологического диспансера;
5. Одесский противотуберкулезный диспансер;
6. БО «Веселка» (г. Одесса) – ЦИУ на базе Одесского областного наркологического диспансера.

## **3.2. Семінари з обміну досвідом – дієва практика навчання**

**Трецька Т.О., канд. мед. наук**

На семінарах з обміну досвідом члени МДК отримують реальну можливість ознайомлення з досвідом колег з інших регіонів щодо вирішення питань, які виникають при практичному впровадженні програми ЗПТ, сприяють розвитку горизонтальних зв'язків між фахівцями, що працюють у цьому напрямку, зв'язуванню актуальних питань та проблем, що існують на регіональних рівнях для подальшого їх вирішення при необхідності на національному рівні.

*Вопросы, которые чаще всего задают на семинарах по обмену опытом.*

<b>№</b>	<b>Вопрос</b>	<b>Ответ</b>
1.	С каких доз следует начинать терапию? А) метадоном В) бупренорфином	А. 20 (max. 30) mg В. 4 (max.8) mg
2.	Какой средний период полувыведения у А) метадона В) бупренорфина	А. Первый день – 12, в дальнейшем – 24 часа В. 24 часа
3.	За какое время достигается максимум препарата в крови при приеме А) метадона внутрь; В) бупренорфина сублингвально	А. 3-4 часа В. 1,5-2 часа
4.	Следует ли при назначении дозы ориентироваться на свидетельства пациентов относительно их толерантности?	Нет. Дозу следует подбирать всегда постепенно и основываясь на объективных показателях.

5.	Какая доза должна считаться оптимальной в поддерживающей фазе терапии для А) метадона В) бупренорфина	Та, что позволяет достичь блокады большей части опиатных рецепторов. А. 80 мг и больше В. 16 мг и больше
6.	Сколько раз в неделю следует выдавать заместительный препарат А) метадон В) бупренорфин	А. Ежедневно В. Ежедневно или 2 – 4 раза в неделю
7.	Методы неотложной помощи при передозировке? А) метадоном В) бупренорфином	А. Налоксон в/в или в/м В. Передозировка не требует экстренных действий
8.	Наиболее распространенные побочные эффекты при приеме метадона или бупренорфина	Запор, тошнота, аллергические реакции в случае индивидуальной непереносимости, повышение (реже снижение) веса; угнетение дыхания при передозировке метадона
9.	Методы терапии синдрома отмены препарата ЗПТ у новорожденных	Легкая степень не требует специального лечения, при тяжелой – морфин, фенobarбитал (диазепам не рекомендуется)
10.	Какому препарату следует отдавать предпочтение при лечении беременных?	Метадон
11.	Возможность рецептурной выдачи бупренорфина пациентам ЗПТ?	Да, такая практика уже есть в г. Днепропетровске, Симферополе. Приказ МЗ позволяет выписку 20 мг бупренорфина.

12.	Возможности перемещения пациентов ЗПТ между сайтами с целью отдыха, лечения, на период командировок?	В настоящее время в Украине работает система переадресации пациентов ЗПТ между сайтами в разных регионах Украины. Для временного включения пациента в программу ЗПТ в другом регионе необходима выписка из амбулаторной карты пациента ЗПТ, ходатайство о включении его в программу по месту выбытия, подписанное главным врачом ЛПУ и заблаговременное извещение о дате прибытия).
13.	Как можно решить проблему недостатка штатных единиц в ЛПУ для обеспечения работы программы ЗПТ с учётом значительного увеличения пациентов ЗПТ?	В соответствии с приказом МЗ Украины № 33 от 23.02.2000 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» главным врачам дано право в пределах штатного расписания по ведомости замены вводить должности врачей необходимых специальностей. Кроме того, так как региональные учреждения здравоохранения финансируются из местных бюджетов, при принятии решения депутатами советов соответствующего уровня, возможно введение дополнительных штатных единиц врачей, медсестёр для обеспечения работы кабинетов ЗПТ.

14.	Как можно обеспечить выдачу препарата, если пациент задержан милицией и находится в КПЗ?	Только путём его доставки сотрудниками милиции в кабинет ЗПТ для получения препарата.
15.	Перспективы дальнейшего финансирования программы ЗПТ и длительность её в Украине?	Законом Украины от 19.02.2009 № 1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки» гарантовано подальше розвиток програми ЗПТ в Україні з збільшенням пацієнтів ЗПТ к 2012 г. до 20 тисяч з поступовим переходом від фінансування програми Глобальним фондом для боротьби со СПИДом, туберкульозом і малярією к фінансуванню за счёт госбюджета. Програма ЗПТ в Україні буде розвиватися и после 2012 года.
16.	Взаимодействие препаратов для ВААРТ и противотуберкулёзных с агонистами опиатов, применяемых для ЗПТ.	При одновременном получении пациентом ЗПТ противотуберкулёзных препаратов (рифампицин) или АРВ-терапии (эфавиренц, рифампицин), ускоряется метаболизм метадона. С учётом этого доза метадона должна повышаться.

17.	Обязательно ли врач должен ежедневно присутствовать при выдаче препаратов ЗПТ?	Нет, не должен. Выдачу препарата должна проводить медсестра.
18.	Можно ли увеличивать количество пациентов ЗПТ на сайте (по сравнению с количеством пациентов, указанных в приказах МЗ) или изменять перечень лечебно-профилактических учреждений региона, предварительно определённых для проведения ЗПТ, при наличии достаточных количеств препаратов ЗПТ и наркозависимых, которым эта терапия показана?	Да, приказом МЗ Украины от 24.03.2009 № 178 «Про затвердження плану заходів на виконання рішення Колегії МОЗ від 19.02.09 «Про ефективність впровадження державної політики протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу»» право решать вопрос возможности увеличения количества пациентов и расширения программы ЗПТ при наличии избытка препаратов ЗПТ в регионе предоставлено начальникам региональных управлений здравоохранения и главным наркологами области.
19.	Можно ли повлиять на необоснованные вмешательства местных работников МВД в работу кабинетов ЗПТ, преследования и обыски пациентов при выходе из кабинетов ЗПТ, запугивания медицинских работников программы ЗПТ?	Во всех случаях нарушения сотрудниками милиции действующего законодательства следует обращаться в местную прокуратуру. Решением аппаратного совещания МЗ о внедрении заместительной поддерживающей терапии для наркозависимых в Украине от 17 июля 2009 года запланировано разработать совместный приказ МЗ и МВД Украины о внедрении программы ЗПТ с определением прав и обязанностей как медицинских работников, так и сотрудников МВД.

20.	Должны ли пациенты ЗПТ, которые ранее не состояли на диспансерном учёте в наркослужбе, обязательно ставиться медицинскими работниками на диспансерный учёт в наркослужбе?	В настоящее время, учитывая противоречивость некоторых положений законодательной базы Украины, дать однозначный ответ на этот вопрос не представляется возможным. Сейчас эта проблема изучается юристами для внесения изменений в действующие нормативные акты с целью устранения противоречий и соблюдения права пациентов программы ЗПТ на конфиденциальность информации относительно их заболевания.
21.	Возможно ли проводить обследование потенциального пациента ЗПТ для установки диагноза наркотической зависимости амбулаторно в ЦРБ, если в райцентре нет наркологического стационара, а на госпитализацию в областной наркодиспансер по ряду объективных причин пациента направить невозможно?	Как исключение – да. Критериями для установления диагноза синдрома зависимости являются соответствующие симптомы, указанные в перечне Международной квалификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).
22.	Выписывать ли из программы ЗПТ пациентов, которые «докальваются»?	Продолжение пациентом наркотизации не является основанием для его выписки. Перед началом программы пациент должен быть обязательно предупреждён о возможности передозировок и смерти при дополнительном употреблении наркотиков или алкоголя. Чаще всего

		употребление нелегальных опиатов связано с недостаточной дозировкой препарата.
23.	Исключать ли из программы пациентов, которые принимают алкоголь?	Если у пациента диагностируется синдром зависимости от алкоголя, необходимо проводить соответствующее лечение.
24.	Как быть с пациентами ЗПТ, которые выписываются из тубстационара после завершения противотуберкулёзного лечения и выбывают по месту жительства в города и посёлки, в которых нет программы ЗПТ ?	Этот вопрос должен быть обсуждён с пациентом при его включении в программу ЗПТ. Если у пациента нет возможности после выписки посещать ближайший к его месту жительства сайт ЗПТ, то перед выпиской из стационара должна быть проведена детоксикация метадоном или бупренорфином по схемам, указанным в приложении к приказу МЗ от 10.11.2008 г. № 645.
25.	Как часто должны оформляться решения комиссии лечебно-профилактического учреждения по целесообразности назначения наркотических средств?	В соответствии с приказом МЗ от 18.12.1997 г. № 356 указанное решение комиссии принимается при назначении наркотических средств на срок более 3 суток. Ограничение длительности такого решения приказом не предусмотрено. По сложившейся практике, в разных ЛПУ такие заседания проводятся 1 раз в 10 дней или 1 раз в месяц.

### **3.3. Історії пацієнтів замісної підтримувальної терапії**

---

#### ***Історія пацієнтки І., записання лічащим врачом-наркологом Винницького ОНД Веретко І.Н.***

І. народилася у 1969 р. Вона – єдина дитина в сім'ї. В дитинстві нічим серйозно не хворіла. Батьки розлучилися, доньку виховувала мати. І. закінчила 8 класів загальноосвітньої школи, потім ПТУ. За фахом – офіціант. Після закінчення ПТУ тривалий час працювала адміністратором в одному з міських кафе. В 23 роки вийшла заміж за чоловіка, який також зловживав наркотиками, в 24 народила першу доньку. Має двох дітей.

Розпочала свій «наркоанамнез» в 14 років, коли вперше спробувала курити коноплю та вживати алкоголь. Зі слів пацієнтки, вона спробувала наркотики з «цікавості». В 15 років в компанії друзів вперше ввела внутрішньовенно екстракт макової соломки. Протягом наступних двох років вживала його періодично, з 17 років – щодня. Багато разів проходила курс детоксикації в наркологічних відділеннях обласного диспансеру в Києві, але знову поверталася до вживання наркотиків. Вона також неодноразово намагалася самостійно відмовитися від наркотиків, але марно. В 2000 р. їй було позбавлено батьківських прав, вона перестала спілкуватися з дітьми, контактувати з матір'ю, розлучилася з чоловіком.

В 2006 році І. пройшла курс психологічної реабілітації, деякий час утримувалася від зловживання. Потім протягом 1,5 року 2-3 рази на день вживала наркотики ін'єкційним шляхом, заміняла відсутність наркотиків алкоголем. Втратила роботу. За злочини, пов'язані з наркотиками, була двічі засуджена.

В програму замісної терапії поступила влітку 2007 року.

Скаржилася на потяг до вживання наркотиків, неможливість контролювати дозу, виражену слабкість, постійну втому, болі в м'язах ніг, безсоння, пригнічений настрій, знижений апетит.

При клінічному огляді виявилось, що вага тіла знижена, шкіра обличчя бліда. На шкірі стегон, гомілок, передпліч численні рубці внаслідок перенесених абсцесів м'яких тканин. В області лівої сід-

ничної ділянки багато слідів від ін'єкцій, шкіра набрякла, синюшна, болюча при пальпації.

АТ=100/70 мм рт. ст., рс-90 уд. на 1 хв., ритмічний. Тони серця ослаблені. Над легеньми – жорстке везикулярне дихання. Печінка збільшена.

Виражений гіпергідроз шкіри долонь, обличчя, верхньої частини тулуба. Зіниці розширені, реакція на світло жвава.

Психічний стан: свідомість ясна, розладів сприйняття та мислення на момент огляду не було. Фон настрою знижений, емоційно лабільна. Зі слів пацієнтки, в минулому неодноразово виникали думки про самогубство.

При лабораторному обстеженні виявлені антитіла до ВГС, підвищення активності ферментів печінки. На електрокардіограмі дифузні зміни міокарду. На рентгенограмі легень – признаки хронічного бронхіту.

Протягом 3-х днів пацієнтці була проведена індукція препаратом бупренорфін.

І. вже протягом 2-х років отримує замісну терапію. На даний час добова доза складає 14 мг. Стан пацієнтки стабілізувався. Нормалізувався сон, покращився настрій та апетит. Вона відмовилася від вживання вуличних наркотиків та алкоголю і, за її словами, більше не відчуває потягу до них.

За час перебування в програмі налагодила стосунки з матір'ю, почала регулярно спілкуватися з дітьми. «Тільки тепер я зрозуміла, що моє життя було розбите на два періоди: до і після ЗПТ, зізнається І. Хоча найкращі роки мого життя вже минули, я раптом побачила, що є інше життя. В мене ростуть дві чудові доньки, вони люблять мене і тягнуться до мене».

Зараз І. проживає в громадянському шлюбі. Активно шукає роботу, є волонтером проекту профілактики ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків. «Я думаю, що попереду у мене є досить часу для «роботи над помилками», адже це ніколи не пізно, каже вона. В програму замісної терапії приходять нові люди. І якщо ти потребуєш допомоги двері до видужання є, і вони відкриті».

## ***История Сергея, записанная журналисткой Нелли Шевченко, г. Одесса***

Биография Сергея типична для человека, родившегося в неблагополучной семье в одном из колоритнейших районов Одессы, на Молдаванке. Родители развелись, когда Серёже было всего 4 года. Как рассказывает Сергей, отец и почти вся родня по его линии алкоголики. Говорит он об этом легко и просто, не смущаясь, потому что в детстве воспринимал эту трагичную ситуацию как естественную для своей среды обитания.

О маме тоже не самые радужные воспоминания. Легко догадаться, что мальчишку воспитывала улица. Старшие приятели впервые предложили попробовать наркотик, когда Сергею было 11 лет. Он был польщен: его приняли за равного, с ним поделились, ему высказали доверие.

Именно так, самоутверждаясь, а на самом деле обманываясь, многие совсем юные ребята попадают в липкие сети наркозависимости. В скором времени смысл всей жизни для них сводится к тому, чтобы найти дозу, принять ее и пережить состояние призрачной безмятежности. За ним неизбежно следует ломка, и круг замыкается. Всё это прошёл и Сергей, хотя в первый раз, судя по его воспоминаниям, он вообще не получил никаких приятных ощущений, никакого кайфа, а почувствовал лишь дискомфорт. Но за первым разом последовал второй и третий – чтобы поддержать компанию. Наконец появилось чувство удовольствия, радости, иллюзия всеобщей любви. Каждый человек вокруг казался интересным, хотелось разглядеть его, познакомиться поближе. Но всё это происходило только под кайфом.

К 17 годам Сергей уже перепробовал многие виды наркотиков, но на «иглу» его подсадила именно в этом возрасте жена. Сергей впервые занялся сексом в 14 лет, а в 17 женился на такой же наркоманке, к тому же судимой. Сам он к этому времени успел побывать в школе-интернате, детприёмнике, спецшколе и в довершение в спецучилище, которое по сути является колонией для малолетних преступников. Чтобы не портить детскую биографию судимостью, ребят определяли в подобные специальные учебно-трудовые заведения. Впрочем, для Сергея все попытки государства перевоспитать или повлиять на его судьбу прошли даром. После того, как в 17 лет

он перешел от курения наркотика и приёма медицинских препаратов наркотического действия к инъекционным наркотикам, его жизнь покатила по наклонной плоскости.

Свою дочь он впервые увидел уже двухлетней отбывал свой первый срок. Пять раз он попадал в тюрьму, в общей сложности отсидел 18 лет. Свободная жизнь (если таковой можно назвать жизнь наркомана) чередовалась со сроками тюремного заключения, самым длинным из которых оказалось наказание за очередное ограбление 9 лет. Тогда он не понимал, что это время, как и время под кайфом, для него потеряно. Это сегодня Сергей пытается рассказать молодым и не очень, оступившимся и тем, кто считает, что живёт правильно, что жизнь дар Божий, тратить который на бездумные поступки не только греховно, нелогично, глупо, но и преступно перед самим собой в первую очередь.

Кто знает, когда он это осознал... Возможно, в тот момент, когда выяснил, что является ВИЧ-позитивным? Сейчас в живых уже не осталось почти никого из тех его друзей и знакомых, с которыми Сергей начинал употреблять наркотики. Многое он переосмыслил. Теперь пытается помочь другим. Он консультант благотворительного фонда «Дорога к дому». Обращаясь с призывом задуматься над каждым своим поступком, Сергей даёт и конкретные советы. Например, по его словам, большую роль в излечении играет окружение. Те, кто находится рядом с человеком, страдающим наркоманией, должны обладать большим терпением. Им нужно помнить, что иногда наркоманы «подсаживают» жён или мужей на «иглу», чтоб не мешали получать удовольствие, а были заодно.

Сергей призывает не бояться менять работу, место жительства, знакомых, если чувствуете, что окружение затягивает вас в болото наркотиков. Настоящие друзья должны понимать и принимать ваше право на выбор.

Наконец, он предостерегает, что «опиум умеет ждать». Эта поговорка означает, что иной раз наркоман и 5 лет ничего не употребляет, уверенный в том, что «спрыгнул», но потом срывается снова. Расстаться со своим наркотическим прошлым не так просто, нужна помощь настоящего специалиста, человека, которому доверяешь. Таким стал для Сергея врач Илья Подольняк, вернувший свет жизни многим нарко- или алкогольнозависимым.

Войти в программу заместительной терапии Сергею предложил младший брат. К этому моменту Сергей сам варил наркотики, употреблял «химию», пил кодеин, трамадол, снотворное, курил. Сил не оставалось не то что на работу – даже на то, чтобы выйти из дому, а денег на наркотики требовалось всё больше. Страдали от этого все, и Сергей, и его родные. К счастью, он не утратил способности думать и осознавать происходящее, и его просьбы о помощи не были отвергнуты.

Многое в жизни Сергея изменилось с тех пор, как он перешёл на заместительную терапию. Он заново открыл для себя окружающий мир, а мир открыл для себя нового Сергея. Он прекратил колоться, употреблять наркотики. Человек, который всю свою сознательную жизнь, почти 40 лет, жил воровством и грабежом, начал зарабатывать деньги, что очень нелегко в сегодняшнее время и в его ситуации. Теперь окружающие уже не бросают на него презрительных взглядов. Семья и близкие видят в нём не тирана, истязавшего их морально и физически, а родного человека, пусть и совершавшего ошибки. И за это он им особенно благодарен. Дочь, которую он почти не видел маленькой, теперь доверяет ему воспитывать внуков. Жизнь продолжается. Сергей надеется когда-нибудь встретить женщину со схожей судьбой, чтобы взгляды на будущее у них были одинаковыми. Свою историю он готов рассказывать всем – возможно, этим он кому-то поможет, как в своё время помогли ему.

***История пациента Ш.Г., записанная Беляевой Ольгой,  
директором ВОО «Ассоциация участников ЗПТ»,  
г. Днепропетровск***

Пациенту 42 года, из них он 29 лет употребляет наркотики. Диагноз при поступлении в программу ЗПТ бупренорфином: психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психо-активных веществ. Зависимость от опиоидов. ВИЧ-инфекция, хронический гепатит, трофические язвы нижних конечностей.

Ш.Г. воспитывался в полной семье, мать работала, отец рано получил инвалидность из-за осложнений после гриппа. Так сложилось, что лидером в семье стал Ш.Г., хотя он был младшим из двоих детей. Старший брат все повторял за младшим. Впервые Ш.Г. попробовал наркотик лет в 13. Тогда был распространён сухой мак (перемолотые головки). Понятия «наркомания» фактически не существовало. Хотя

к старшеклассникам в школу ежегодно приходил нарколог, в его выступлении акцент делался не столько на пагубность употребления наркотиков, сколько на описания неземного блаженства. Поэтому, когда старшие товарищи предложили Ш.Г. попробовать ложку «соломы», он и не подумал отказаться. В последних двух классах школа превратилась для него в клуб по интересам. Начались поездки за наркотиком в поля и огороды. Авторитет среди товарищей рос. Все знали, что к нашему клиенту можно обратиться за «помощью». После школы он поступил в училище, отслужил в армии, но даже там нашлось место наркотику (дружба с медбратом санчасти позволила приобщиться к армейским запасам промедола и морфия).

После армии устроился на работу, но на одном месте не мог удержаться. Начались проблемы с законом. Первый (и единственный) раз был направлен на лечение в 1990 году прямо из камеры, после задержания. Процесс терапии не отложился в его памяти. Было назначено много транквилизаторов, кое-что перепало с воли. Сумел продержаться в больнице весь курс лечения. А затем продолжил воровать – ведь для того, чтобы достать наркотик, необходимы деньги. Его ловили, судили, сажали в колонию, а по возвращении все начиналось сначала. Все это время наш клиент «подрабатывал» продавцом или посредником при продаже наркотиков.

Впервые он обратился к нам в организацию в апреле 2007 года, находясь в тяжелом физическом, психологическом и материальном положении. Передвигался с трудом. Решение о вступлении в проект заместительной терапии принял сразу, но в связи с его тяжелым физическим состоянием у медперсонала были сомнения относительно возможности начала ЗПТ. Поэтому клиенту предложили пройти медицинское обследование. На этом этапе социальное сопровождение оказало клиенту серьезную поддержку. Социальный работник вместе с пациентом посещал всех профильных специалистов, сопровождал в больницу для сдачи анализов. После начала терапии на протяжении нескольких месяцев социальному работнику приходилось привозить клиента в кабинет ЗПТ. Его консультировали индивидуально и привлекали к участию в группах взаимопомощи. Красный Крест снабжал его продуктами и бесплатными обедами. Наша организация предоставляла клиенту расходные и информационные материалы.

В ноябре 2007 года после перелома руки социальный работник помог госпитализировать клиента, организовал поездки из стационара в кабинет ЗПТ, а после выписки – еще и на консультации к хирургу. С начала 2009 года клиенту назначена антиретровирусная терапия. Наблюдается у инфекциониста в городском центре профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом. Последние показатели: СД 4-9% 67 кл; вирусная нагрузка 47338 коп. Получает рекомендации и лечение. За время получения ЗПТ неоднократно обследовался фтизиатром. Проходил рентгенографическое исследование органов грудной клетки, но патологии не обнаружено. Получал консультации пластического хирурга (рекомендована пересадка кожи). Вначале ЗПТ наблюдалась анемия Нв-67 г/л. К настоящему моменту показатели гемоглобина выросли до 110 г/л.

Общее состояние значительно улучшилось, трофические язвы ног зарубцевались, он передвигается самостоятельно. Много времени уделяет семье, помогает маме, брату (у которого проблемы с алкоголем). Избегает компаний наркозависимых, воров. Думает о трудоустройстве.

***История пациента К.В., записанная Беляевой Ольгой,  
директором ВОО «Ассоциация участников ЗПТ»,  
г. Днепропетровск***

Из своих 36 лет он употреблял наркотики 20 лет. В программе ЗПТ – с февраля 2006 г. Взят в программу на основании нескольких выписок из областного наркологического диспансера, где пациент неоднократно проходил лечение. Поступил с диагнозом: психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ. Синдром зависимости от опиоидов. ВИЧ-инфекция II ст. Гепатиты В и С. Туберкулёз. До поступления в программу лечение получал амбулаторно.

С 1998 года «плотно сидит» на «ширке» (инъекции 3-4 раза в сутки). Здоровье крайне запущено, в семье разлад, единственный источник дохода – карманные кражи.

Его воспитывала мать, которая с утра до ночи работала. Отец не жил с семьей. Фактически воспитание ему дала улица. С раннего детства К.В. мечтал построить дом для себя и для мамы, окружить ее

любовью и теплом. Когда ему было 15, произошла трагедия: семью обокрали. Все нажитое маминым трудом было потеряно.

В 1989 году наркотики для 15-летнего дворового мальчика обозначали престиж, а наркоманы были авторитетными и уважаемыми людьми. Впервые он попробовал в компании отвар маковой соломки. С первого же раза он испытал незабываемое состояние «райского» блаженства. Хотя образование, полученное в училище, давало возможность работать, юноша предпочел получать быстрое удовольствие. Наш клиент пошел своим, как ему казалось на тот момент, уникальным путем. Он прибил к компании наперсточников и карманников. Мечта о собственном доме и семье трансформировалась в мечту украсть и уколоть побольше. В моменты просветления клиент понимал, что заблуждается, и пытался избавиться от зависимости. Сначала своими силами, «в сухую», а затем с помощью государственных и частных клиник. Проходил курс лечения не менее шести раз.

Когда клиент впервые попал в больницу, то выяснил, что там, к сожалению, не лечат. Различные препараты помогали снять физическую зависимость, но как справиться с неукротимым желанием «употребить», никто не знал. К тому же, находясь в клинике, клиент не смог поменять круг общения. Его окружали такие же наркоманы, которые в большинстве своем не желали ничего менять в своей жизни. Они продолжали употреблять наркотик даже в стационаре. Энтузиазм К.В. угас. После второй или третьей попытки излечения он понял, что существующая медицинская система не дает пациенту шанса на лечение. И с того момента он оплачивал свое пребывание в больнице лишь для того, чтобы сбить дозу, чуть почиститься, уладить свои конфликты с законом (ему выдвигали обвинения в разбое, грабежах, карманных кражах). Болезнь ведь требовалось оплачивать. Деньги нужны были на еду, наркотики и пребывание в клиниках. У докторов клиент «покупал» психотропные препараты, чтобы максимально облегчить период абстиненции. О работе с психологами только слышал, мол, где-то там, в каких-то реабилитационных центрах такое существует.

Как только в Украине была открыта программа ЗПТ, К.В. стал одним из ее первых участников. Он отмечает совершенно иные, чем прежде, отношения с медицинским персоналом. Теперь ему не нужно оплачивать уважительное отношение к себе со стороны вра-

чей, не нужно платить за лекарства. Врачи явно заинтересованы в улучшении состояния здоровья своего пациента. У К.В. появилась возможность обследоваться и получать квалифицированные советы специалистов. Сейчас он регулярно посещает фтизиатра, а после консультаций врача-инфекциониста в кабинете выдачи ЗПТ, встал на «Д»-учет в Центр профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом. Периодически, раз в три месяца, консультируется с инфекционистом, раз в полгода делает анализ на вирусную нагрузку, получает лечение и рекомендации. В июле 2006 года выявлена и прооперирована паховая грыжа, причем заместительную терапию получал по месту лечения.

Его общее состояние значительно улучшилось благодаря отказу от «уличных» наркотиков, полученному лечению, соблюдению диеты и режима. Кроме того, поскольку он отказался от воровства, уменьшилась стрессовая нагрузка. В результате уровень клеток СД 4 вырос до 450, вирусная нагрузка перестала определяться, туберкулез залечен, печеночные пробы нормализовались.

За время участия в проекте К.В. сумел устроить личную жизнь: восстановил отношения с женой, и у них родилась дочь. Пациент начал работать, и теперь они снимают жилье (до программы скитались по приятелям). Жена также участвует в программе. Периодически оба принимают участие в группах взаимопомощи, раз в месяц получают индивидуальные или совместные консультации психолога.

### ***История анонимного пациента из Полтавы, записанная им самим***

Появление инъекционных наркотиков в моей жизни связано с девушкой, мечтой большинства парней из моего района. Говорили, что она употребляет «ширку», а чтобы добыть деньги, стоит на трассе – занимается проституцией. Мне было 18 лет, и ради этой девушки я перессорился со всеми друзьями. Чтобы показать ей крутым пацаном, я принял без возражений все, что с ней происходило, к тому же соврал, что уже употреблял в прошлом ширку. И попросил ее купить мне наркотик. Это был первый день конца наших отношений.

Поначалу мне было неловко признаться родным, что я употребляю наркотики. Легче было перекумаривать, объясняя свое недомогание болезнью, простудой. Длилось это недолго, пока дома не

заметили, что я краду деньги. С тех пор я перестал скрываться от семьи.

Конечно, я пробовал «спрыгнуть». Мне удавалось продержаться 4 дня и чувствовать себя стабильно. Я всегда клялся, что это был последний раз. Мне верили: какая мать наркомана не хочет верить, что ее ребенок больше не будет употреблять наркотик? Но с каждым разом мне было труднее обходиться без ширки, и все тяжелее становилось моей матери. Я стал требовать деньги на дозу. Если раньше я во время «отходняка» лежал и не шевелился, то теперь стал бегать по квартире, бить посуду, стекла... одним словом, манипулировал близкими, своим поведением вынуждая мать дать мне денег на очередную дозу наркотика.

В 27 лет я первый раз лег на лечение в наркологическое отделение психиатрической больницы. Прошел курс детокса и реабилитацию. Но в первый же день после выписки снова попал в компанию приятелей, вместе с которыми употреблял наркотики, хотя во время реабилитационного курса нас предупреждали, как опасно возвращаться в прежнюю «среду обитания». И конечно, я не удержался и в первый же день укололся. Все пошло по-прежнему. Позже от знакомых я узнал о программе заместительной терапии. Взял направление, стал участником программы, начал принимать **метадон**. На Интернет-сайте я прочел о БА «Свет надежды». С помощью программы ЗПТ и работников БА «Свет надежды» я смог разобраться в себе, научился контролировать круг общения, научился просить прощения у близких. Нашел постоянную работу. Прошел уже год, как я в программе ЗПТ, и за этот период я всего один раз употреблял «ширку», в самом начале лечения. Давно уже не тянет, даже мысли такой нет. Сейчас я работаю в БА «Свет Надежды» социальным работником и консультантом ЗПТ. Отношения с близкими, на мой взгляд, стали гораздо лучше, чем были – даже до того, как я начал употреблять наркотики. Могу с уверенностью сказать: если бы не программа ЗПТ, я такого никогда не добился бы.

### ***История пациента Т.П., записанная его матерью Татьяной***

Мені 60 років, за фахом я медичний працівник, все своє свідоме життя допомагаю людям. Здавалось, за роки медичної практики я бачила все: горе, надію, радість і тугу. Я розуміла біль кожного свого

пацієнта, сприймала його як свій власний і завжди старалась знайти потрібне слово для підтримки. Життя ніби склалось, я мала хорошу сім'ю: чоловіка, доньку, сина. А згодом і внучку. Ніщо не віщувало біди, але вона, не питаючись дозволу, вдерлась в нашу нібито злагожену і згуртовану сім'ю. Тяжко захворів чоловік: діабет, гангрена, ампутація ноги, а згодом і смерть. В скрутній ситуації ми були разом, підтримували і допомагали одне одному. Але в життя вдерся новий страшний ворог – наркотик. Мій чуйний, уважний син став замкнутим, надовго кудись ходив, повертався нічого не кажучи, перестав спілкуватись зі мною. У нього з'явилась негайна потреба в грошах, незважаючи на те, що ми в той час були матеріально неспроможні. Коли я запитувала, для чого йому гроші, він відповідав тільки: «Потрібно!», або знаходив різні малоймовірні відмовки. Я завжди довіряла своєму синові, і коли знайома вперше сказала, що бачила його в сумнівній компанії, я не повірила. Не повірила навіть тоді, коли мені подзвонили з міліції і сказали, що він вживає наркотики. Схаменулась лише, коли після суперечки перевірила його руки. Мені стало зле, але сувора правда була переді мною.

Почалися тяжкі розмови. Син «щиро» пообіцяв покинути наркотики самостійно. Але час минав, син замість того покинув роботу, частенько став відвідувати райвідділ міліції, а я кожного разу ходила туди, платила гроші, його відпускали, і невдовзі все повторювалось... Дійшло до того, що його затримали з маковою соломкою за межами Києва. Арешт, суд, я знову плачу гроші. Присудили 5 років умовно.

Не можу сказати, що син не намагався покинути вживання наркотиків. Ні! Сотні разів він старався це зробити: ми лікувались в усіх наявних наркологічних установах Києва і області, неодноразово відвідували реабілітаційні центри, але ефект був короточасним. Дивитись, як власна дитина гине, не мати можливості нічого зробити, зважаючи, що ти ж сама медпрацівник, – це страшно! Під час однієї з таких спроб зав'язати на фоні високої температури (результат флегмони) в сина стався інсульт. Він помирав в прямому значенні цього слова. Швидка відвезла нас до лікарні – діагностували інсульт, але, на жаль, відмовили в допомозі «наркоману». Це слово закривало нам всі шляхи до людяного ставлення, відміняло усі права, записані в Конституції. Врятувало нас тільки те, що я сама – медпрацівник. Я місяць провела поряд із сином в лікарні, не відходячи від нього ані

на хвилину. Описати ті відчуття не можу. Він був паралізований, не міг ковтати, погано говорив. Але Господь не відвернувся від нас – ми повернулися додому. Син став інвалідом першої групи назавжди.

Здавалось усе! Починаємо нове життя. Але так звані «друзі», багриги, своєї жертви не відпустили. Тільки-но зробив перші кроки, почалося все спочатку. Потім він зламав ногу, майже рік носив апарат Єлізарова, і знову не встояв перед наркотиком, все пішло по тому ж колу.

Врешті-решт я сказала: я завжди буду поруч з тобою і завжди тобі допоможу при змозі, але прожити твоє життя я неспроможна. Я молилась, плакала, була в відчаї. Не залишилось навіть бажання жити. І ось за декілька днів до мого дня народження син підходить до мене і каже: «Мамо, допоможи востаннє, дуже прошу тебе. Я чув, що існує програма ЗПТ, і розмовляв із хлопцями, які відвідують її. Це мій останній шанс». Я вже ні в що не вірила, але мати є мати. Ми пішли в клініку, нас вислухали, і хай Господь благословить лікаря, яка дала згоду зарахувати сина до програми. Йому поставили умови, які він повинен був виконати. І ось вже 2,5 роки мій син відвідує програму. Звичайно, це нелегко, адже треба кожного дня їхати в інший кінець міста і отримувати лікування. Але за цей час він жодного разу не порушив режим. В нашу сім'ю повернулась надія. Син одружився. Тепер сам допомагає таким, як він.

Як мати, я хочу щиро подякувати всім, хто організував цю програму на Україні. Щире їм материнське спасибі і земний уклін.

### ***История пациента Вадима, 29 лет, записанная им самим***

Я начал принимать наркотики в 1996 году, когда учился на первом курсе Национального медицинского университета. Хотелось бы придумать какую-нибудь драматическую мотивацию для этого поступка, но буду откровенен: причина банальна, обычное юношеское любопытство. Хотелось новых ярких ощущений.

Из любопытства я попробовал так называемые лёгкие наркотики. Меня переполняли незнакомые эмоции, комплексы наоборот, исчезали. Дни становились ярче, а наркотик желанней. Как будущий врач, я понимал, что это плохо, но успокаивал себя: это лёгкий наркотик, не вызывающий привыкания, более того легализованный

в некоторых европейских странах. В общем, я уговорил себя, что это – практически то же самое, что алкоголь, и договорился со своей совестью.

Середина 90-х – время, когда ночные клубы в городе вырастали, как грибы, время разгара клубной культуры в Украине. Я, как все мои ровесники, частенько бывал на вечеринках в таких заведениях. Ни одна вечеринка не обходилась без стимуляторов: экстази, спидбол, кокаин, ЛСД – все, что помогает без усталости скакать до утра, можно было найти в любом клубе.

Такой образ жизни не лучшим образом отразился на учебе, и на втором курсе мне пришлось взять академический отпуск. Как раз тогда в Украине и в Киеве стал массово появляться героин. Впервые попав на «Ломоносова», я подумал, что оказался в Америке, где-то в районе Гарлема. Чернокожие продавцы подбегали с криками: «Купи у меня, у меня лучше героин!».

Поначалу я нюхал «на пятерых», но постепенно скатился до того, что колол суточную дозу, равную одному грамму героина. Правда, успел, с горем пополам, закончить третий курс и снова взял академический отпуск по причине тяжёлой (запущенной) плеввропневмонии. Два месяца пролежал в больнице, из них 15 дней в реанимации.

С 1997 по 1999 годы где я только не пробовал лечиться, начиная с государственных лечебных учреждений («Социотерапия», «Глеваха», 28-отделение психиатрической больницы им. Павлова) и заканчивая частными клиниками по всей Украине и России. Однако ремиссии длились не дольше 3 месяцев.

В 1999 году мне диагностировали вирусный гепатит В и С. В больнице я сдал анализ на ВИЧ. Результат оказался позитивным и прозвучал как приговор. Ведь всегда кажется, что это может случиться с кем угодно, но не с тобой.

Не могу передать, что я испытывал в тот момент. Гнев, жалость к себе, ощущение несправедливости, злость на весь мир, а потом душевную пустоту... И не осталось иного выхода, кроме как заглушить эту пустоту наркотиком. Я смирился с тем, что мы с наркотиком одно целое и не можем существовать отдельно. Именно «существовать», потому что жизнью это не назовешь. Я деградировал как в физическом, так и в психологическом плане. Общепринятые моральные

каноны для меня уже ничего не значили. Дальнейших попыток лечения я не предпринимал, если не считать детоксов, и то по причине острой нехватки денежных средств: нужно было уменьшать дозировку.

С деньгами отдельная история. Наркотик не дешевое удовольствие, и денег на него требуется чем дальше, тем больше. А так как наркотик и работа вещи абсолютно не совместимые, то основным источником дохода становится криминал. Какой именно – вопрос способностей. Для меня это были кражи. К 2002 году я уже имел две судимости с разными условными сроками и огромным количеством приводов в милицию, однако выводов не сделал. И однажды попался на краже в особо крупных размерах. Не слишком расстроился, думал, посижу год-два и выйду бодреньким. От помощи родных и близких в разруливании ситуации отказался. Кстати, нужно отдать им должное: они мужественно несли свой крест, делали все, что могли, от начала и до конца, и страдали намного сильнее, чем я. Ведь близкие пытались бороться и со мной, и с моими «демонами», пусть и тщетно.

И вот состоялся суд. Прокурор запросил 9,5 лет, судья с ним согласился. Я не поверил своим ушам. Для меня шесть на такой срок – значит не выйти никогда. В тюрьме я засел за изучение криминально-процессуального кодекса. Судебная тяжба длилась полтора года, но мне все же удалось смягчить приговор до 3,5 лет усиленного режима.

Тюрьма – это не курорт. Ослабленный наркотиками и прогрессирующими заболеваниями, я из всех сил старался не умереть в неволе. Имунитет быстро падал, но я боролся как мог. Ободряло то, что по другую сторону решетки за меня боролись родные и близкие мне люди. Когда до освобождения оставалась месяцев девять, я слёг. Пневмония, гипертермия и оппортунистические инфекции разрушали остатки имунитета. На моё счастье, в лагерь приехала директор Киевского областного центра СПИДа Марина Ярославовна Слободяник в сопровождении репортеров «Нового канала». Мне удалось с ней пообщаться. Она рассказала об антиретровирусной терапии и предложила начать прием АРТ. Это был первый случай в Украине получения АРТ в условиях заключения. Под контролем

Марины Ярославовны, благодаря интенсивному лечению, я начал поправляться и через полгода освободился.

Здоровье благодаря АРТ медленно, но уверенно начало восстанавливаться, количество Т-лимфоцитов выросло с сотни до 500 и продолжали расти, но пустота в душе никуда не делась, и после года трезвости я всё-таки сорвался.

Примерно тогда я познакомился с очаровательной девушкой, подругой сестры. Она была далека от наркотиков, криминала и всей этой грязи. Красивая, юная, нежная, в то же время она обладала не по годам зрелым мышлением и сильным характером. Ее огромные карие глаза словно гипнотизировали, меня тянуло к ней, как магнитом. Но мой ВИЧ-позитивный статус и, скажем так, негативная репутация рушили все планы. Я понимал, что у нас нет будущего, это рвало мне сердце, а наркотик был рядом, он как никто умеет ждать. Хотя мы и были вместе с моей любимой, но мои частые срывы убивали в ней надежду. Я понимал, что она скоро отчаётся и бросит меня, но эти мысли лишь усугубляли мое влечение к наркотику.

Однако в мою судьбу вновь вмешалось провидение в лице случайно встреченного знакомого, который рассказал мне, что посещает программу ЗПТ. Я ухватился за этот шанс, как за соломинку, и буквально через неделю вошел в программу.

С каждым днём я менялся к лучшему, социально адаптировался, моя вторая половина поддерживала меня как могла и словом, и делом. Я изменил круг общения, отношения с родителями и сестрой, почти совсем прервавшиеся, стали сами собой налаживаться. Через полгода я устроился на работу, постепенно втянулся, начал продвигаться по карьерной лестнице, улучшил свое финансовое положение и, как следствие, смог позволить себе содержать семью. Мы расписались и сыграли свадьбу. Это произошло год назад.

На сегодняшний день я уже 2,5 года участвую в программе ЗПТ. Работаю заместителем директора в охранной компании. Здоровье качественно улучшилось, количество клеток иммунитета все время растет. Мы с женой очень хотим детей, но из-за моего позитивного статуса с этим могут быть проблемы. Однако мы уверены, что сможем найти выход и родить ребенка с минимальным риском для него и для жены.

Всеми своими достижениями я обязан программе ЗПТ. Однако кое-что в этой программе мне хотелось бы усовершенствовать. Скажем, для меня, как работающего пациента, неудобно утреннее время приема препарата. Жизненно необходимо упростить процедуру перевода пациентов ЗПТ с одного сайта на другой на время отпусков (и не только на территории Украины). Я уже не говорю о том, что рецептурная форма выдачи препарата качественно улучшила бы жизнь пациентов.