

СНИЖЕНИЕ ВРЕДА

БЮЛЛЕТЕНЬ №2 (16), 2005

ИЗДАЕТСЯ ВСЕРОССИЙСКОЙ СЕТЬЮ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

Метадон включен в международный список «Основных лекарственных средств» Всемирной Организации Здравоохранения

2 июля 2005 г. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) официально заявила о включении метадона в список «Основных лекарственных средств». Метадон является важным компонентом лечения наркозависимости, а также профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа среди потребителей наркотиков. Однако в России, где, по оценкам, проживает до 4 миллионов наркопотребителей, а 80% известных случаев ВИЧ-инфекции связаны с инъекционным употреблением наркотиков, этот препарат остается запрещенным.

«Запрет метадона в России равнозначен запрету лекарств от малярии в Африке, — заявил Виталий Джума, председатель Всероссийской сети снижения вреда. — Россия должна обеспечить универсальный доступ к метадону, для тех кто в нем нуждается, а не запрещать его».

Список основных лекарственных средств ВОЗ включает в себя препараты, которые требуются для обеспече-

ния минимального стандарта охраны здоровья во всех странах. Лекарства добавляются в список лишь после того, как Комитет экспертов ВОЗ даст заключение о том, что они наиболее эффективны для конкретного состояния здоровья. ВОЗ рекомендует, чтобы лекарства из данного списка были «доступны постоянно, в адекватном количестве и по ценам, которые может позволить общество».

Одобрив включение метадона в дополнительный список основных лекарственных средств, Всемирная Организация Здравоохранения еще раз подтвердила важное значение этого препарата для оказания помощи потребителям наркотиков, а также с точки зрения профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа в странах, где эта эпидемия связана с инъекционным потреблением. «Это важно! — заявил Питер Пиот, Исполнительный директор Объединенной программы ООН по СПИДу (UNAIDS), в своем обращении к 7 Международному конгрессу по СПИДу в Азии, который проходит в эти

дни в г. Кобэ, Япония. — Теперь у стран, которые хотели включить метадон в свои программы, появится больше возможностей!»

Терапия метадоном и другими заместителями опиатов — стандартная часть лечения наркозависимости во многих странах. В 2004 г. ВОЗ и другие агентства ООН выпустили Совместную Позицию, в которой подчеркивается, что заместительная терапия приводит к значительному замедлению роста ВИЧ-инфекции, а также снижению употребления нелегальных наркотиков, передозировок наркотиками и преступности среди наркопотребителей.

Тем не менее, Россия на протяжении десятилетий запрещает любой оборот метадона, в том числе его медицинское использование, а также не допускает использование другого препарата, бупренорфина, также внесенного ВОЗ в 14-й перечень основных лекарственных средств для лечения наркозависимости.

Россия получит 120 млн долларов на борьбу со СПИДом

Россия получит от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией грант на сумму \$120,5 миллиона на программу борьбы со СПИДом, рассчитанную на пять лет. По сообщению Глобального фонда, на первую двухлетнюю фазу программы будет выделено \$34,2 миллиона.

Основным реципиентом нового гранта станет Российский фонд здравоохранения, основанный Правительством РФ, который в настоящее время также реализует заем Всемирного банка. Эти средства будут направлены на лечение, уход и поддержку в первую очередь представителей уязвимых групп населения.

Грант Глобального фонда первоначально будет направлен на создание

необходимой инфраструктуры и обучение. Затем большая часть средств будет использована на покрытие расходов на медикаменты.

По оценкам Глобального фонда, на сегодняшний день в России антиретровирусное лечение получают всего полторы тысячи человек с диагнозом ВИЧ/СПИД.

Глобальный фонд надеется, что его грант позволит увеличить это число в десять раз — до 15 тысяч 500 человек за первые два года программы, а на пятом году это число возрастет до 75 тысяч человек.

Программа начнется в семи наиболее «пораженных» регионах России, а к концу второго года расширится на 14 регионов.

В номере

- | | | |
|--|-----------|---|
| Лев Овруцкий | 4 | Владимир Менделевич: «Заместительная терапия формирует платформу для адаптации больного к новой реальности, пробуждает в нем желание лечиться всерьез и надолго» |
| Аня Саранг, Роман Быков, Эмилис Субата, Раминта Штуйките | 8 | Заместительная терапия в Центральной и Восточной Европе и странах бывшего Советского Союза: региональный обзор развития программ |
| Константин Леженцев | 10 | Заместительная терапия метадоном — основной фактор обеспечения доступа ВИЧ-позитивных потребителей наркотиков к антиретровирусной терапии |
| Эльвира Макаричева | 12 | Отношение россиян к заместительной терапии |
| Владимир Менделевич | 16 | Полярные мнения о заместительной терапии |
| Дарья Очерет | 20 | Рабочая группа по заместительной терапии в России |
| Сергей Корень | 22 | Восточная и западная модели психиатрической помощи: налаживание взаимоотношений |
| Евгений Сахаров | 23 | Российские наркологи жаждут перемен |
| Ольга Блинова | 24 | Воронеж: Обобщение опыта деятельности по снижению вреда |
| Шона Шоннинг, Александр Левин | 27 | Специалисты в области ВИЧ/СПИДа приветствуют включение метадона в международный список «Основных лекарственных средств» ВОЗ и призывают к разрешению препарата в России |

Ситуацию с распространением ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотических веществ в России можно с полным основанием назвать критической. Помимо роста числа инфицированных наркозависимых наблюдается отсутствие у пациентов приверженности к лечению. Больные страдают и нередко умирают, разуверившись в том, что могут получить квалифицированную помощь.

Одним из способов привлечения к терапии могла бы стать заместительная терапия наркомании. Она позволила бы российскому пациенту проходить антиретровирусную терапию в условиях компенсации симптомов наркозависимости и устойчивой адаптации. В настоящее время перед пациентом, желающим лечиться от ВИЧ, ставится заведомо невыполнимое требование до начала терапии отказаться от употребления наркотиков. Именно поэтому подавляющее большинство нуждающихся остаются без лечения. Они не в состоянии выполнить это требование. Заместительная терапия же в России в отличие от большинства стран мира запрещена Законом.

Заместительная терапия — это назначение пациенту с опиоидной зависимостью лекарственных препаратов группы сильнодействующих опиоидов в постоянной суточной дозировке для длительного приема под контролем врача. В настоящее время для заместительной терапии используют в основном метадон и бупренорфин, реже — морфин и героин. Наиболее часто в рамках заместительной терапии применяют метадон. По мнению А. Бирмана и Р. Ньюмена, из метадона слеплена великолепная легенда и множество мифов. При этом действительные факты, как это часто бывает, только мешают мифотворчеству.

Известно, что лечение метадоном было впервые применено на ограниченном числе пациентов в Нью-Йорке в 1964 году. Успех был так велик, что уже через несколько лет в Америке возникла сеть клиник, предназначенных для большого числа наркозависимых, желающих лечиться. Кроме того, метадон начал применяться и в других странах, причем методы его применения были везде разными. В связи с эпидемией ВИЧ-инфекции его применяют в качестве средства от наркозависимости почти во всех странах Европы. В ответ на эпидемию ВИЧ-инфекции в 80-х годах была созвана «Специальная конференция системы здравоохранения». В результате

возобладал подход, основанный на минимизации (снижении) вреда, и одной из его частей стала стратегия метадоновой терапии.

В мире на сегодняшний день насчитывается более миллиона наркозависимых, проходящих заместительное лечение наркомании. Основными целями такого лечения становятся: социальная адаптация и улучшение «качества жизни» больных наркоманией, уменьшение их криминального поведения и снижения употребления нелегальных наркотиков, снижение смертности от передозировок, в части случаев задачей становится поэтапный отказ от употребления наркотических веществ. Одной из наиважнейших функций заместительной терапии является профилактика распространения ВИЧ-инфекции.

Эффективность заместительной терапии может рассматриваться с медицинской, экономической и социальной позиций. Так, с точки зрения медицинского подхода, у 20% пациентов можно добиться поэтапного отказа от употребления наркотиков с помощью длительного снижения потребляемой дозы наркотического вещества, а остальных привлечь в медицинские программы. Экономическая эффективность доказывается многочисленными исследованиями, в частности тем, что уровень годовых расходов на одного опитавшегося за нахождение в исправительно-трудовом учреждении, например, в США, составляет \$ 43 000, в реабилитационном центре — \$ 11 000, а в программе заместительной терапии метадоном — \$ 2 400. Если учитывать при этом предотвращенные случаи ВИЧ-инфекции, то экономические преимущества заместительной терапии станут очевидными. С социальной точки зрения, обществу выгоднее (не говоря уже об этической стороне вопроса), чтобы больные наркоманией получали специализированную медикопсихосоциальную помощь в подготовленных для этого учреждениях, нежели совершали криминальные действия или погибали от болезней.

Таким образом, внедрение заместительной терапии в практику медицинских учреждений России становится на сегодняшний день насущной необходимостью. Именно эта тема является основной в данном номере бюллетеня «Снижение вреда в России». Надеемся, что представленная информация позволит вам более полно ее понять и сделать соответствующие выводы.

Владимир
Менделевич:

«Заместительная
терапия
формирует
платформу для
адаптации
больного к новой
реальности,
пробуждает в
нем желание
лечиться
всерьез и
надолго»

Лев Овруцкий

В последние годы в России проведен ряд научных конференций, посвященных актуальным проблемам современной наркологии. Помимо прочего, на них обсуждалась проблема метадоновой заместительной терапии. Как известно, она применяется во многих западных странах, а теперь уже в Литве, Латвии, Эстонии, Кыргызстане, Азербайджане, Молдове и Украине. Однако в России, несущей громадный ущерб от наркомании, на нее до сих пор наложен строжайший запрет. Прояснить ситуацию мы попросили директора Института исследований проблем психического здоровья, заведующего кафедрой медицинской психологии Казанского государственного медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Владимира Менделевича.

— Я часто встречаюсь с расхожим мнением, что заместительная терапия сводится к тому, что вместо героина на законных (легальных) основаниях наркозависимым дают метадон, более «легкий» наркотик. Так?

— Это и так, и не так. Что значит «дают»? Под словом «давать» многие подразумевают именно бесконтрольную выдачу одного наркотика взамен другого, а значит легализацию наркотиков. Но, по сути, это абсолютно не так. Ведь легализация обозначает разрешение на свободную продажу и употребление, за которое человека не могут забрать в полицию (милицию). Метадоновая, впрочем, как и любая иная методика заместительной терапии, — это назначение и прием вещества исключительно по медицинским показаниям, в стенах больницы или специализированного центра под строгим врачебным присмотром и учетом. Если легализована терапия (к примеру, метадоновая), то отнюдь не разрешено употребление метадона для иных целей. То есть для наркозависимых людей, которые не хотят лечиться, он остается вне закона. Кроме того, за такой терапией пациент обязан каждый день приходиться к врачам. Дозы

вещества назначаются ему индивидуально, в зависимости от необходимости и состояния. Он не может выбирать, сколько ему захочется. Какая уж тут легализация. Лечение, причем со строгими требованиями к соблюдению режима.

— Простите, но что это за терапия, если она не лечит?

— Действительно, не лечит, поэтому мы слово «терапия» берем в кавычки. В данном случае правильнее говорить о патронаже, сопровождении, помощи безнадежно больному и снижении вреда от употребления им наркотиков, которое он не способен в силу болезни прекратить.

— Какой именно вред при этом снижается?

— Во-первых, уменьшаются риски, связанные с добычей нелегальных наркотиков. Ведь многие наркозависимые хотят лечиться, но не могут избавиться от патологического влечения. То, что они идут в больницу за метадоном, а не «на точку» за дозой — большой плюс. Кроме того, снижается опасность инфицирования ВИЧ, смертей от передозировок. Во-вторых, восстанавливается социальный статус больного: семья, работа, положение в

обществе. Он теперь не колется, а лечится. Разве не важно, что человек перестает чувствовать себя отверженным?

— В этой же связи можно говорить и о программах снижения вреда?

— В ряде городов они успешно работают. Первая часть программы снижения вреда — обезопасить окружающих, тех, с кем общается наркозависимый, от ВИЧ/СПИДа и его криминального поведения. Вторая — заместительная терапия: метадон или другие препараты. Весь мир реализует обе части. А Россия только первую, да и то — эпизодически и со скрипом. Стоит начать разговор о заместительной терапии, сразу начинается шум. При этом громче всех возмущаются политики.

— Почему? Фармацевтическое лобби?

— Я бы эту версию исключил. Объем лекарств, потребляемый наркологией, очень невелик. Так что возможные потери фармацевтов совершенно ничтожны.

— Может, на метадон потребуются серьезные бюджетные ассигнования?

— И здесь холодно. Никаких дополнительных расходов, которые нужно было бы специально обсуждать, не требуются. Я думаю, что столь неадекватная реакция на сугубо медицинскую проблему объясняется нашей ментальностью.

— То есть?

— Традиционно наше общество репрессивно настроено ко всем социальным отклонениям. Репрессивная

позиция преобладает и здесь, естественно.

— Точнее, противоестественно. Я припоминаю, что во времена горбачевской антиалкогольной кампании редакции газет и журналов были завалены письмами трудящихся с требованием расстрелять самогонщиков.

— Самогонщиков — расстрелять, гомосексуалистов — сажать... А постоянные требования смертной казни? «Нет человека — нет проблемы», — это не Сталин выдумал. Он это только уловил и сформулировал. Умер наркоман от передозировки или от СПИДа — и хорошо, одним меньше. Электорат хочет закрыть вопрос окончательно и бесповоротно, а политики, особенно накануне выборов, стремятся ему потрафить. Между тем существуют проблемы, которые в принципе не решаются. С ними необходимо научиться жить, миними-

зируя, насколько это возможно, ущерб.

— Наркомания — из их числа?

— Конечно. Идея покончить с нею — это утопия. Видите ли, условно говоря, существуют три стратегии. Первая, репрессивная, базируется на убеждении, будто наркозависимые люди — это «психи», представляющие повышенную опасность для общества. Поэтому те из них, которые не желают лечиться, должны быть изолированы. Не так давно в Государственную Думу был внесен законопроект о воссоздании системы лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП). При советской власти туда принудительно направляли алкоголиков, теперь, по замыслу, к ним должны присоединиться и наркозависимые. Хотя все понимают, что ЛТП — это не лечение, а изоляция под предлогом диагноза.

— Однако законопроект поддерживается высокими официальными лицами, в том числе Министерством здравоохранения, Федеральной службой по контролю за наркотиками.

— Могу только сожалеть об этом. Но я продолжу. Вторая, либеральная, стратегия основывается на том, что потреблять наркотики или не потреблять — следствие добровольного выбора человека. Либералы считают, что формирование наркозависимости обусловлено в большей степени культурой индивида, нежели биологическими особенностями организма. По их мнению, следует законодательно разрешить людям употреблять наркотики, как это сделано в отношении алкоголя — «социально одобряемого наркотика».

Наконец, как ее называю, рациональная стратегия. Ее основные постулаты: наркомания — это болезнь; ее излечение, в общемедицинском смысле этого слова, недостижимо,

СОВМЕСТНАЯ ПОЗИЦИЯ

Всемирная организация здравоохранения, Управление ООН по наркотикам и преступности, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (2004)

Опиоидная зависимость — сложное состояние, часто требующее длительного лечения и ухода, — связана с высоким риском инфицирования ВИЧ в случае инъекционного введения опиоидов с использованием зараженного инструментария. Лечение наркотической зависимости способствует существенному улучшению благополучия и социального функционирования людей с опиоидной зависимостью и предупреждению серьезных медицинских и социальных последствий, включая инфицирование ВИЧ. Поскольку не существует единственного метода лечения, эффективного для всех индивидов с опиоидной зависимостью, должен быть досту-

пен достаточно широкий арсенал разнообразных методов. Заместительная поддерживающая терапия — один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости. С помощью этого метода можно снизить высокие издержки, связанные с опиоидной зависимостью, для самих индивидов, их семей и для общества в целом — главным образом благодаря сокращению употребления героина, уменьшению количества связанных с ним смертельных исходов, сокращению числа случаев поведения, сопряженных с риском инфицирования ВИЧ, а также снижению преступного поведения.

возможны только более или менее длительные ремиссии; часть больных неспособна никогда в своей жизни отказаться от приема наркотиков. Вот как раз для последних нужны программы снижения вреда, в том числе заместительная терапия.

— Я встречал в СМИ утверждения, будто российский президент симпатичен тем, кто не употребляет наркотики. А либеральные политики приветствуются теми, кто их употребляет.

— Такого рода аргументы используются и в научных дискуссиях, что ведет к недопустимой, на мой взгляд, политизации медицинской проблемы. Так у нас и получается, что борьба с алкоголизмом и наркоманией неизбежно трансформируется в борьбу с алкоголиками и наркоманами. Это проще, понятнее и удобнее.

— Сейчас политики втягивают в дебаты вокруг проблем наркомании и православную церковь. Какова ее позиция на этот счет?

— Позиция такова, что это не заблуждение, а всего лишь распушенность. Значит, надо вовлечь наркоманов в лоно церкви и там наставить на путь истинный. Ну, а тех, кто этого не хочет, изолировать. Чтоб не снижали общего уровня нравственности.

— Любопытно, что на позицию церкви ссылается главный нарколог РФ.

— Это и в самом деле любопытно.

— Противники заместительной терапии утверждают, что она снизит эффективность профилактических программ. Ведь начинающие наркоманы могут рассматривать ее как способ избежать всех трудностей, с которыми они столкнутся в будущем. Чего, мол, бояться, если разрешен метадон?

— Но тогда нужно прекратить все исследовательские работы в этой сфере. А вдруг изобретут какую-то чудо-таблетку от наркомании? Разве это не снизит эффективность профилактических программ? Предполагается, что, когда будет найдено стопроцентное средство от этой болезни, все пожелают ею заразиться.

— Говорят также, что метадон — это нечто вроде «наркотического пайка». Его выдача не требует от врачей творческого подхода и не стимулирует поиск эффективных методов лечения.

— Конечно, с точки зрения процедуры, это скорее фельдшерский, нежели врачебный подход. Но парадокс в том, что никто из сторонников заместительной терапии не рассматривает ее в качестве панацеи и не предлагает отказаться от других методик. Наоборот, заместительная терапия формирует платформу для адаптации больного к новой реальности, пробуждает в нем желание лечиться всерьез и надолго. В этом смысле не очень грамотными представляются ироничные газетные заголовки вроде «Ударим метадоном по героину!». То есть, будем использовать заместительную терапию как основную.

— Еще говорят, будто многие из тех, кто поддерживался метадоном, были вовсе не наркоманами, а лишь случайными потребителями, а настоящими наркоманами они стали как раз после приема метадоны.

— После этого меня не удивит, если начнутся разговоры о «вредительстве» и «убийцах в белых халатах». В реальности же выработаны строжайшие критерии применения заместительной терапии. Это, как правило, наркозависимый с большим стажем, несколько раз неудачно лечившийся, инфицированный ВИЧ или гепатитом и так далее. К тому же во многих странах четко оговариваются обязательные условия для перехода на метадон. Например, среди них — регулярное посещение психотерапевтических групп, участие в комплексе реабилитационных мероприятий.

Вообще-то, в медицине все индивидуально. Вот онкологическим больным, когда назначают наркотики? Третья, четвертая стадии, непереносимая боль. А если она появляется на первой или второй стадиях, не назначат?

Наконец, заместительная терапия — это одна из множества альтернатив. Переходить на нее или не переходить — личное дело больного. Он и его родные должны сами ответить на этот вопрос. Это дело свободного выбора. Мы предлагаем еще один метод минимизировать ущерб — не более того, но и не менее. И не следует сугубо медицинскую проблему выносить, что называется, «на улицу». Хорошо еще, что широкая общественность не дебатировала, как лучше делать инъекции — внутримышечно или внутривенно.

— Маркс называл невежество демонической силой.

— И он был прав.

Заместительная терапия в Центральной и Восточной Европе и странах бывшего Советского Союза: региональный обзор развития программ

Аня Саранг, Роман Быков, Эмилис Субата, Раминта Штуйките
(Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы)

Программы заместительной терапии (ЗТ) опиатами получили широкое признание и распространение в странах Западной Европы, Америк и Австралии. На сегодняшний день эти программы являются наиболее изученным и признанным методом терапии опиоидной наркотической зависимости¹. Они являются важной частью лечения наркозависимости, а также показали свою эффективность в профилактике ВИЧ и других инфекций, связанных с инъекционным потреблением наркотиков, а также в улучшении качества жизни людей, страдающих наркозависимостью². Кроме того, программы заместительной терапии получают особую актуальность в ситуации необходимости расширения терапии ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков, так как являются важным инструментом поддержания приверженности терапии³. В 2004 г. данные программы были официально поддержаны агентствами ООН через совместную позицию ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС «Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа»⁴.

¹ См. обзор литературы по эффективности метадоновой терапии: Hunt N., A review of the evidence base of harm reduction approaches to drug use, на сайте: www.forward-thinking-on-drugs.org/review2.html, а также: Drug Policy Alliance, Methadone Maintenance Treatment Research Brief, на сайте www.drugpolicy.org/library/research/methadone.cfm

² См., например: ССВЦВЕ Программы заместительной терапии (обзор) на сайте: www.ceehrn.lt/easy-CEE/sys/files/subst_therapy_rus.pdf

³ Всемирная Организация Здравоохранения. Протоколы ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечению при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Март, 2004.

⁴ ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС «Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа». 2004.

В странах Восточной Европы первые проекты заместительной терапии начали работать еще в конце 80-х годов: в 1989 г. начала действовать первая программа заместительного лечения метадонем в Югославии. Первая программа, получившая более широкое развитие, начала работать в Словении в 1990 г. и в Польше в 1992 г. С тех пор программы заместительной терапии получили то или иное развитие в различных странах региона: от полного принятия, национализации и оптимизации форм предоставления терапии (особенно в Словении, Хорватии и Литве) до полного отрицания и официальной оппозиции их внедрению (в России). Сегодняшний день характеризуется принятием и началом пилотирования программ в большинстве стран бывшего Советского Союза.

В 2002–2004 г. Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы (ССВЦВЕ) в рамках проекта «Карты», финансируемого UNAIDS, проводила инвентаризацию служб снижения вреда и лечения наркозависимости в регионе. Проект включал в себя большой компонент по программам ЗТ, в том числе:

1. Картографирование и описание существующих программ ЗТ в странах региона
2. Обзор руководств по предоставлению ЗТ в странах региона
3. Составление базы данных о ценах и производителях препаратов ЗТ
4. Составление базы данных экспертов, могущих оказать техническую поддержку в области разработки программ ЗТ.

В конце 2002 г. было идентифицировано 73 программы поддерживающей метадонотерапии (ПМТ). Из них 93% (68 программ) приняли участие в опросе и возвратили анкету.

В конце 2002 года ПМТ была доступна в большей или меньшей степени в 15 странах региона*. При этом половина из идентифицированных программ приходится всего лишь на три страны: Польшу (9), Литву (10) и Словению (15). Другие 12 стран, где в 2002 г. осуществлялись программы ПМТ, включают в себя: Болгарию (1), Боснию и Герцеговину (4), Венгрию (4), Кыргызстан (2), Латвию (1), Македонию (1), Румынию (1), Сербию и Черногорию (2), Словакию (1), Хорватию (8)⁵, Чешскую республику (6), Эстонию (3). Общее число клиентов всех программ, принявших участие в опросе, составляло 6832, или 5,26 на 100 000 населения. 51% пациентов программ на момент опроса были стабильны в социальном и медицинском плане. Средняя доза метадона составляла 71,3 мг на пациента, и она была выше в тех программах, которые обслуживали в основном ВИЧ-положительных пациентов. У 7% (497/6832) пациентов программ был установлен ВИЧ-положительный статус. Задокументированное число ПИН, которые были приняты в программы лечения к середине 2002 года, составляло лишь 61% от общего общенного числа клиентов в конце того же года. Подобный низкий процент

говорит о быстром расширении программ ПМТ в регионе.

Ситуация сегодня

Сегодня программы ПМТ получают свое дальнейшее распространение в регионе. К концу июня 2005 г. во всех странах Центральной и Южно-Восточной Европы применяется заместительное лечение (в основном метадон, но использование бупренорфина также расширяется). Албания стала последней страной на Балканах, которая внедряет метадонотерапию, и это единственная страна в регионе, где данное лечение предоставляется неправительственной организацией.

Страны СНГ в той или иной степени приняли или находятся в процессе принятия ЗТ. Первой страной, которая успешно внедрила метадонотерапию в СНГ еще в 2001 г., стал Кыргызстан. Сегодня метадон зарегистрирован в Грузии, Республике Беларусь, Украине, Кыргызстане, Казахстане, Азербайджане, Молдове, а также в нескольких других странах, где процесс по внедрению программ по заместительной терапии начался и зачастую стимулируется полученными грантами от Глобального Фонда для Борьбы со СПИДом, Туберкулезом и Малярией как мера профилактики и предоставления помощи для группы потребителей инъекционных наркотиков, которая наиболее затронута эпидемией ВИЧ. В Узбекистане и Таджикистане интенсивно проводится работа для начала пилотирования программ заместительного лечения для ВИЧ-положительных наркопотребителей. В Украине, где заместительная терапия в двух городах осуществляется бупренорфином (и расширяется в рамках гранта из Глобального фонда как часть лечения для ВИЧ-положительных наркопотребителей), метадонотерапия

пока не начата, хотя метадон уже зарегистрирован на территории страны. 2 пилотных программы скоро начнут осуществляться в Республике Беларусь.

Одной из самых проблемных стран, сопротивляющихся внедрению ПМТ, является Россия. Ситуация в этой стране усугубляется числом людей, которые сейчас нуждаются в терапии ВИЧ, — ведь помимо профилактики программы заместительного лечения являются важным инструментом поддержки приверженности лечению людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Сегодня в России число людей, нуждающихся в подобной терапии еще в 2003 г., оценивалось как 56 000, большинство из них — люди с зависимостью от опиатов⁶.

Страны, давно начавшие программы ПМТ, сегодня предлагают примеры передовой практики. Например, в Польше действуют модели интегрированного лечения для пациентов с ВИЧ/СПИДом. В городе Хорзов СПИД-центр стал одним из первых мест в Польше, начавших пилотировать метадонотерапию в 1998 г., и начал предлагать ПМТ как часть лечебной программы для пациентов со СПИДом, которые являются потребителями инъекционных опиатов⁷. В некоторых странах, таких как Словения, Хорватия, Литва, метадон предоставляется через систему первичной медицинской помощи (поликлиники), что делает программы более доступными и привлекательными для пациентов. В Словении и в Эстонии программы ПМТ реализуются

* В соответствии с региональным подходом ССВЦВЕ в регион входит 27 стран.

⁵ В Хорватии организация заместительного поддерживающего лечения в основном осуществляется через систему семейных врачей; более 50% семейных врачей прописывают метадон. Использование бупренорфина для заместительной терапии быстро расширяется.

⁶ По данным федерального центра по борьбе со СПИД Российской Федерации.

⁷ CEEHRN, Scaling Up Provision of Anti-Retrovirals to Drug Users In Central And Eastern Europe And Central Asia. The report accessible from www.cceehm.org/arv4idus

в исправительных учреждениях, в Польше подобный подход пилотируется в двух местах лишения свободы, Кыргызстан и Молдова также приступают к пилотированию ПМТ в пени-тенциарной системе, в одной тюрьме Чехии для поддержания заключенных применяется бупренорфин.

До сих пор метадон является очень острым вопросом в странах региона. Для Сети снижения вреда Центральной и Восточной Европы и партнерских организаций он является одним из главных приоритетов в адвокативной работе. В 2004 г. международные активисты направили обращение Генеральному директору Всемирной Организации Здравоохранения по поводу важности предоставления антиретровирусной терапии потребителям инъекционных наркотиков. Одним из ключевых вопросов данного письма стал вопрос о доступности метадо-на в странах с высоким распространением ВИЧ среди ПИН. Больше 200 органи-заций и лиц, подписавших данное письмо, обратились с требованием включить метадон и бупренорфин в составленный ВОЗ «Список необходи-мых лекарственных средств», что могло бы содействовать их внедрению в странах, противостоящих этому⁸.

Решение ВОЗ ожидается в бли-жайшее время в 2005 г.

Контактная информация:

Сеть снижения вреда Центральной и Восточ-ной Европы

info@ceehrn.org

<http://ceehrn.org>

⁸ Письмо д-ру Ли, Генеральному Директору ВОЗ. (2004) Письмо доступно на сайте www.ceehrn.org/arv4idus

Заместительная терапия метадоном — основной фактор обеспечения доступа ВИЧ-позитивных потребителей наркотиков к антиретровирусной терапии

Константин Леженцев

Наступление эры ВААРТ (Высокоактивной Антиретровирусной Терапии) значительно улучшило продолжительность и каче-ство жизни людей с ВИЧ/СПИДом во всем мире. Однако доступ к данной, жизненноважной, терапии по-прежне-му чрезвычайно ограничен для людей, живущих в развивающихся странах и в странах с переходной экономикой. Существует реальная пропасть между богатыми странами, где ВИЧ-инфек-ция уже официально трактуется как «хроническое инфекционное заболе-вание», и другими странами, где ВИЧ остается смертным приговором для более чем 90% людей, живущих с ВИЧ, в мире.

В то же время существует отдель-ная категория пациентов, для которых

доступ к лечению определяется не столько экономическими барьерами, а нежеланием системы медицинской по-мощи отвечать потребностям данной группы населения, а также моралисти-ческим и дискриминантным подходом, который диктуется больше силовыми структурами, чем приоритетами здра-воохранения. Обеспечение доступа к лечению для потребителей инъекци-онных наркотиков (ПИН) критически важно для эффективного противодей-ствия эпидемии и спасения жизней тысяч людей в регионе, где более 90% людей, живущих с ВИЧ, были инфици-рованы в результате инъекционного употребления наркотиков.

Последние исследования в запад-ных странах показали, что даже в условиях полной доступности анти-ретровирусного лечения только 40%

потребителей получают ВААРТ (Strathdee et al, 1998). Аналогичное исследование в Ванкувере свидетельствует о возрастании количества ПИН, получающих ВААРТ, однако лечение по-прежнему недоступно 30% пациентов, имеющих показания к началу терапии.

Восточная Европа имеет самые тревожные показатели — менее 1% потребителей получают АРВ-терапию, в то время как для большинства потребителей ограничен доступ к системе медицинской помощи в целом.

Обеспокоенность данной проблемой обусловила появление ряда инициатив, направленных на выработку оптимальной концепции организации системы медицинской помощи потребителям наркотиков, живущих с ВИЧ. Ниже приведены основные принципы данной концепции:

1. Услуги должны быть доступны территориально. Службы здравоохранения должны быть расположены в удобных клиенту местах и должны быть частью общей системы здравоохранения.
2. Многосекторальный подход и интегрированная модель оказания помощи (универсальный пункт) — подразумевает размещение всех необходимым клиенту услуг в одном месте. Наличие метадоновой программы, а также другой наркологической помощи является ключевым аспектом интегрированной модели оказания помощи.
3. Сложность долгосрочных терапевтических вмешательств определяется готовностью клиента взаимодействовать с системой здравоохранения. Это означает

постепенный переход от простых мероприятий к более сложным (например, от профилактики и лечения оппортунистических инфекций до начала антиретровирусной терапии).

4. Аутрич-стратегия является неотъемлемым компонентом организации помощи ВИЧ-позитивным пациентам. Наиболее эффективными являются модели медицинской помощи, которые предусматривают налаживание партнерства с программами снижения вреда и другими НПО, а также подготовку консультантов по принципу «равный-равному» из представителей уязвимых групп.

Данные принципы позволили оптимизировать систему оказания медицинской помощи потребителям, что привело к значительному улучшению доступа и приверженности лечению потребителей в странах, где было принято решение о реформировании системы оказания помощи данной категории пациентов. Заместительная терапия метадоном оценивается экспертами как наиболее эффективный метод обеспечения приверженности лечению, а также социальной и клинической реабилитации пациентов. При реализации метадоновой программы как части интегрированного подхода к проведению АРВ-терапии для людей с ВИЧ следует учитывать следующие моменты:

1. Терапия метадоном должна предлагаться в комплексе с социальным и психологическим консультированием, наличием психиатрической помощи, служб семейного консультирования и помощи в трудоустройстве.

2. Метадоновая терапия должна предоставляться «на месте». Метадоновый пункт логически определяется как наилучшее место предоставления АРВ-терапии.

3. Учитывая фармакологические взаимодействия между метадоном и антиретровирусными препаратами, необходимо проведение тщательного подбора и корректировки комбинации препаратов и дозы.

4. Использование DOT и полудневной DOT стратегии при распределении АРВ-терапии чрезвычайно эффективно для клинического ведения пациента, а также для оценки степени приверженности терапии. Подготовка и обучение консультантов «равный-равному» из представителей уязвимых групп является ключевым моментом данного подхода.

При организации программ интегрированной помощи для ВИЧ-позитивных клиентов, имеющих показания к началу Высокоактивной Антиретровирусной Терапии, особое внимание при ведении пациентов на метадоне и АРВ следует уделять следующим аспектам:

- на фоне заместительной терапии метадоном ВИЧ-инфицированным ПИН требуются дополнительные анальгетики для лечения острой или хронической боли, так как ежедневная доза метадона, вызывая привыкание, боль не купирует.
- исследования показали, что не-вирапин, ифавиренц и ритонавир, вызывая индукцию микросомальных ферментов печени

(главным образом СУР3А4), снижают концентрацию метадона в крови и провоцируют у некоторых пациентов клинически выраженный синдром отмены.

- симптом отмены, возникающий на фоне принятия некоторых АРВ-препаратов, является наиболее частой причиной прекращения как АРВ-терапии, так и ухода из программ заместительного лечения для многих пациентов. Поэтому установление открытых и доверительных отношений с пациентом, привлечение профессиональных консультантов «равный-равному» является ключевым моментом в реализации данной программы.
- в начале курса АРВ-терапии рекомендуется встречаться с пациентом чаще (предпочтительно 1 раз в два дня) и иметь возможность обеспечить телефонную связь. При необходимости (появлении симптомов отмены) дозу метадона увеличивают с 8-10 дня АРВ-терапии — на 10 мг за раз.
- применение метадона примерно на 40% повышает уровень зидовудина в крови. Тем не менее, эмпирически снижать дозу зидовудина не рекомендуется; однако необходимо тщательно отслеживать признаки его побочного действия (в первую очередь, показатели гемоглобина и эритроцитов, трансаминаз).
- рекомендовано не назначать пациентам, принимающим метадон, диданозин в таблетках с буферным компонентом по причине снижения концентрации данного препарата в крови на 60%, что ведет к недостаточному подавлению репликации ВИЧ и развитию лекарственной устойчивости. Подобных результатов при использовании диданозина в других лекарственных формах (в порошке и капсулах, покрытых оболочкой) получено не было.

Расширение масштабов внедрения метадоновой терапии в странах Восточной Европы, а также интеграция метадоновых программ в систему оказания медицинской помощи ВИЧ-положительным пациентам является сложной задачей, решение которой потребует объединенных усилий со стороны ВИЧ-активистов, работников «снижения вреда» и представителей правозащитных организаций.

Контактная информация:

Константин Леженцев

координатор программы

Международная программа развития снижения вреда

klezhentsev@osi.h

Отношение россиян к заместительной терапии

Эльвира Макаричева

В России, где заместительная терапия наркомании запрещена законом, где на информацию о ней наложено табу, все же имеется официальная отрицательная позиция. Мы задались вопросом о том, на чем основана эта позиция, а также как относятся к заместительной терапии наркомании люди разных социальных групп и профессий. Исследование было проведено в 2004 году в Казани, Воронеже и Липецке. Всего в нем участвовало 836 человек.

В рамках социологического исследования респондентам задавался вопрос о заместительной терапии, включавший перечисленные условия ее назначения (врачебный контроль, строгие показания, лечение в условиях медицинского (наркологического) учреждения). Ответы опрошенных распределились следующим образом (см. рисунок и таблицу): как и предполагалось, достаточно большое количество опрошенных в силу малой информированности затруднилось с выбором ответа (39,8%). Больше всего воздержавшихся оказалось в группе студентов (52%), работников правоохранительных органов, рабочих и родителей наркозависимых (по 50%). Следует отметить и то, что среди специалистов (врачей-наркологов) число воздержавшихся оказалось также немалым — 17,3%. В российских условиях, когда не только сама заместительная терапия законодательно запрещена, но фактически негласно наложен запрет на любую объективную информацию о ней, выбор ответа «затрудняюсь ответить» отражает вдумчивость многих опрошенных, которым для анализа и высказывания собственного мнения необходимы факты и аргументы. Удивление вызывает лишь то, что среди родителей наркопотребителей, ко-

торые являются заинтересованной стороной, следящей за всем, что происходит в сфере наркологии, количество не определивших свое отношение к заместительной терапии также было крайне высоким.

Рисунок

За или против заместительной терапии?



Несмотря на крайнюю скудость информации о сути данного вида терапии у большинства россиян, они высказали свое мнение по поводу возможности и целесообразности разрешения ее применения. Предварительно опрошенным предоставлялись основные сведения об этом. Мнения опрошенных разделились: «за» высказались 27% респондентов, «против» 33,2%. Среди сторонников лидировали больные наркоманией (40,5%), врачи-наркологи (37,9%), пенсионеры (36%), учащиеся (34%). Противники были представлены служащими (52%), врачами-наркологами (44,8%), родителями наркозависимых (36,1%).

Как следует из полученных данных, особо противоречивое отношение заместительная терапия нашла в группе врачей-наркологов, разделившая их на два воинствующих лагеря. Учитывая тот факт, что врачи, несомненно,

более информированы в вопросах терапевтических методов и, в частности, в вопросах заместительной терапии, интерес представлял вопрос о том, почему противостояние столь явное. Следует отметить, что противостояние было зарегистрировано и в отношении иных методов лечения и принципов оказания помощи. Так, по поводу необходимости принудительного лечения мнение наркологов также было альтернативным (57,1% против 37,9%). Можно предполагать, что в отношении выбора позиции специалистов в области наркологии нельзя уповать на неинформированность. Видимо, в основе столь явного несовпадения мнений одной и той же профессиональной группы лежат какие-то иные причины. При более углубленном анализе с применением метода индивидуального интервьюирования было выявлено, что среди российских противников заместительной терапии из числа врачей преобладали те, кто: во-первых, работает в условиях государ-

ственных медицинских учреждений; во-вторых, не имеет регулярной частной наркологической практики; и, в-третьих, имеет ниже среднего или низкий доход (по этому показателю опрошенные врачи-наркологи также разделились на две почти равные части — 48,3% указали на то, что «вполне удовлетворены своим материальным положением», 37,9% признали, что живут «от зарплаты до зарплаты»).

Мотивация родителей наркопотребителей, выступивших против заместительной терапии, видимо, связана с их терапевтическим максимализмом. Они не эмоционально готовы к тому, что их больным детям один наркотик будет заменен на другой. Они нацелены на быструю и кардинальную помощь и ждут от врачей конкретной помощи — избавления пациентов от потребности в наркотиках вообще.

Противники заместительной терапии составили реестр причин, по кото-

Таблица

Отношение к заместительной терапии

	За	Против	Затрудняюсь ответить
Милиция	26	24	50
Пенсионеры	36	30	34
Студенты	28	20	52
Служащие	20	52	28
Учащиеся	34	34	32
Рабочие	16	34	50
Наркопотребители	40,7	28,1	31,3
Родители наркопотребителей	13,9	36,1	50
Врачи	37,9	44,8	17,3
Медсестры	23,8	19,1	57,1
Всего	27	33,2	39,8

рым они считают недопустимым внедрение данного метода лечения в России (рисунок).

Основной причиной была названа возможность «утечки наркотиков на "черный рынок"» — 23,7%. Особо на данной причине настаивали служащие (36%), родители наркопотребителей (33,3%), учащиеся и рабочие (по 30%). Второй причиной оказалось то, что респонденты посчитали высоко вероятным, что использование заместительной терапии «будет способствовать тому, что те, кто еще не попробовал наркотики, станут его употреблять» — 19,1%. На этом настаивали служащие, учащиеся и даже сами наркозависимые (соответственно в 30%, 28% и 25% случаев). С такой же частотой респонденты выбирали третью причину, по которой они выступают против внедрения заместительной терапии — «такое ле-

чение безнравственно» (19,1%). Особо данную точку зрения поддерживали родители наркопотребителей (25%), сами больные (21,9%) и врачи-наркологи (24,1%). Обращает на себя внимание тот факт, что треть врачей, четверть больных наркоманией и четверть их родителей высказали солидаризированное мнение о том, что «такое лечение будет поощрять наркопотребителей отказываться от лечения».

Таким образом, опасения респондентов об опасности и нежелательности применения в российских условиях заместительной терапии заключались, во-первых, в страхе, что наркосодержащие лекарства (вещества) окажутся на «черном рынке» (их не убедило условие, заключенное в задаваемом вопросе о строгом контроле со стороны медиков) и получится, что «одно лечим, а другое калечим», во-вторых,

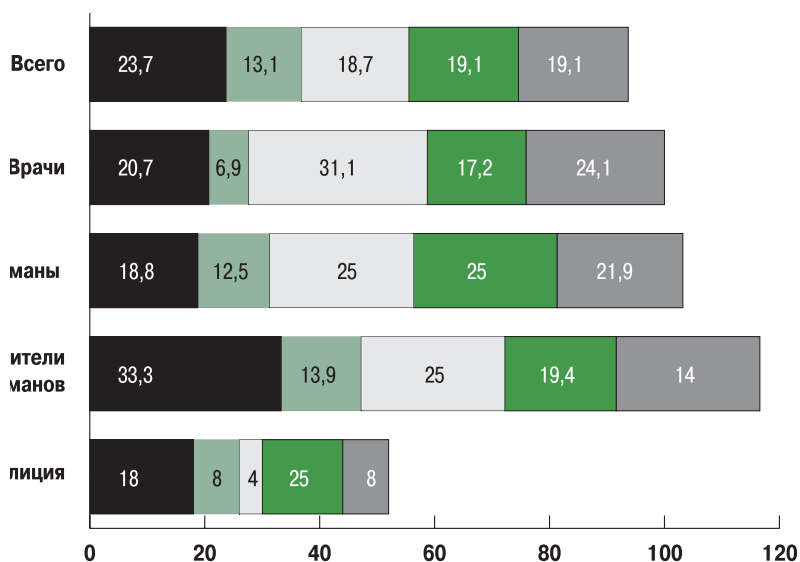
что лечение с использованием наркотических веществ нравственно порочно (по словам проф. Э. Бабаяна, «пересаживание с одного наркотика на другой», «наркотический паек»).

Первое опасение респондентов понятно и обосновано их представлением о том, как в российских условиях «строжайший контроль» достичь невозможно. Выше уже было отмечено, что, по мнению опрошенных, в существующих условиях утечка наркотиков на «черный рынок» происходит из медицинских (онкологических) учреждений (так считает 22,7% респондентов), но в первую очередь из правоохранительных органов (54,1%). А ведь именно этим ведомствам может быть поручено контролирование медицинского оборота наркотического вещества. Сравнение применения наркотиков в наркологии и в онкологии показало, что подавляющее большинство респондентов (67,5%) в принципе согласно с тем, что это обосновано для терапии «безнадежных больных». Следовательно, учитывая выявленные в процессе социологического исследования данные, можно предполагать, что россияне не считают наркопотребителей «безнадежно больными», и именно поэтому отказывают им в возможности применения заместительной терапии с использованием наркотиков. Напомним, что более сорока процентов опрошенных верят в возможность полного излечения наркомании.

Именно этим можно объяснить и то, что врачи-наркологи, которые имеют большой опыт длительного наблюдения за наркопотребителями, видят реальность во всей своей полноте, значительно более осторожно высказываются о возможности полного

Рисунок

Причины неприятия заместительной терапии (%)



дет происходить утечка наркотиков на «черный рынок»
 лья будет проконтролировать дозу наркотика, принимаемого наркоманом
 о будет поощрять наркоманов отказываться от лечения
 о будет способствовать первым пробам тех, кто еще не пробовал
 кое лечение безнравственно

излечения (13,8% из них придерживаются такого мнения) и чаще обывателей предлагают обратиться к опыту заместительной терапии. Неприятие данного вида терапии родителями наркопотребителей (как, впрочем, и частью самих больных) можно также объяснить их необоснованным оптимистическим настроением в отношении «высокой эффективности лечения» или, по крайней мере, нежеланием признать, что окончательное излечение по большей части бесперспективно.

В связи с выявленными общественными тенденциями непризнания наркопотребителей тяжело больными и отказе им в заместительной терапии было проанализировано мнение различных групп населения по поводу того, позволительно ли применение его в качестве исключения только для наркопотребителей, которые неоднократно и безуспешно лечились прежде. Оказалось, что сделанное уточнение о безуспешности терапии в целом по выборке изменило мнение 12% опрошенных (с 27% сторонников оно увеличилось до 39%, среди врачей-наркологов почти на 14% — с 37,9% до 51,7%). Часть противников заместительной терапии также убедило данное уточнение. Их стало на 4% меньше. Наибольшие изменения среди сторонников были обнаружены в группе служащих (34%), рабочих (28%), больных наркоманией (более 19%), наименьшие — в группе работников милиции (4%). В среде противников наибольшую готовность к изменениям продемонстрировали также служащие (уменьшение категорического неприятия на 22%), наркопотребители (почти 13%). Значительно более ригидными и устойчивыми в своем мнении об использовании заме-

стительной терапии оказались работники милиции, пенсионеры, студенты, учащиеся и даже родители наркопотребителей и врачи-наркологи.

Выявленный процент изменения мнения о целесообразности применения заместительной терапии следует все же в целом признать незначительным. То есть, можно предполагать, что различные группы населения выступают против этого вида лечения, поскольку, с одной стороны, не желают считаться с реальной эффективностью лечения наркомании, которая не превышает в российских условиях 20%, с другой, в связи с тем, что существуют иные основания для субъективного неприятия использования наркотиков в качестве лекарств для лечения (даже паллиативного) наркомании. Одной из таких субъективных причин называется «аморальность» подобного подхода.

Сторонники заместительной терапии из числа респондентов, участвовавших в социологическом исследовании, склонны поддерживать данный вид лечения с учетом некоторых условий. Помимо условий длительности, неоднократности и безуспешности терапии, они выдвигают условие стационарного лечения. За это выступает 44,2% опрошенных. Следует отметить, что врачи-наркологи в этом вопросе более осторожны, видимо в силу осознания малой информированности в вопросах процедуры использования заместительной терапии. Большинство из них (44,8%) затруднилось с выбором необходимости стационарного или амбулаторного метода лечения. Среди определившихся преобладали сторонники стационарного метода. Их число превышало число сторонников амбулаторного метода

среди врачей на 14%, а среди всех остальных групп опрошенных в два раза больше — на 30%. Следует отметить, что в подавляющем большинстве стран мира, в которых используется заместительная терапия, она проводится в амбулаторных условиях, что продиктовано принципами и целями ее применения. За желанием опрошенных согласиться с введением заместительной терапии, но лишь с условием ее стационарного применения, видится страх, что данный метод лечения приведет к отрицательным последствиям для общества (в виде «утечки наркотиков на "черный рынок"»).

Таким образом, полученные результаты социологического опроса в части отношения к возможности внедрения в российских условиях заместительной терапии показывают, что столкновение интересов различных групп населения носит еще более выраженный характер в сравнении с противостоянием по другим аспектам проблемы наркомании. Во-первых, обнаруживается оппозиционность мнений больных наркоманией и общества, во-вторых, наркопотребителей и их родителей, в-третьих, врачей-наркологов и родителей наркопотребителей, в-четвертых, а также, в-пятых, расколы наркологического сообщества и сообщества больных наркоманией.

Контактная информация:

Эльвира Макаричева

к.м.н., исполнительный директор

Институт исследований проблем психического здоровья,

доцент кафедры медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета

medpsy@front.ru

Полярные мнения о заместительной терапии

Владимир Менделевич

Российские практикующие наркологи в отсутствие объективной информации о заместительной терапии наркомании находятся в неведении относительно сути, принципов и процедур заместительной терапии, ее положительных и отрицательных сторон. Однако они, несмотря на отсутствие объективной информации, занимают и выражают определенную позицию. Позиция же, не основанная на знаниях, иначе как субъективной обозначена быть не может.

Данные социологических опросов

По данным социологических опросов, 44,8% врачей-наркологов считают, что категорически нельзя разрешать внедрение заместительной терапии в качестве метода лечения от наркомании. Большинство наркологов (37,9%) против такого лечения даже в случае, если наркоман неоднократно и безуспешно лечился. (Уточним, что подавляющее большинство отечественных наркологов не имело и не имеет всей полноты научной информа-

ции о заместительной терапии, не обладает личным опытом такой деятельности.) Основной причиной этого мнения респонденты назвали то, что «такое лечение будет поощрять наркоманов отказываться от лечения» (31,1%), что «такое "лечение" безнравственно» (24,1%), что оно «будет способствовать тому, что те, кто еще не пробовал наркотики, станут их употреблять» (17,2%), что «будет происходить утечка наркотиков на "черный рынок"» (20,7%). Сходные аргументы можно обнаружить в позиции представителей официальной российской наркологии (Надеждин А.В., Бабаян Э.А.). Следует предполагать, что такое совпадение вряд ли случайно.

Объективные причины

Таким образом, можно констатировать факт достаточно широкой распространенности позиции неприятия российскими наркологами заместительной терапии наркозависимости, который имеет как объективные, так и субъективные причины. К объективным относится действующий законодательный запрет на использование заместительной терапии на территории Российской Федерации. Видимо, часть наркологов в связи с присущим им законопослушанием не считает

целесообразным поддерживать какие бы то ни было инициативы, не разрешенные законом, а иная часть — страшится того, что научная дискуссия может быть истолкована государственными органами (в первую очередь, Федеральной службой по контролю за наркотиками) как пропаганда наркотиков (Коханов В., Черненко Л.).

Субъективные причины

Спектр субъективных причин значительно шире, поэтому именно он представляет интерес для анализа, поскольку изменение закона возможно и целесообразно только в случае широкой поддержки проекта со стороны специалистов и экспертов. В противном случае закон может оказаться «мертворожденным». К субъективным следует причислить такие опосредованные личностными особенностями врачей-наркологов причины, как: консерватизм, корпоративность, патернализм, максимализм, специфическая идеологическая, религиозная, этическая и мировоззренческая ориентация врачей, экономическая и финансовая составляющая, защитные психологические механизмы и некоторые иные.

Консерватизм

Консерватизмом обозначается личностное качество, отражающее враждебность по отношению ко всяким нововведениям, отстаивание неизменности чего-либо и преимуществ старого над новым. Несомненно, одной из причин априорного неприятия заместительной терапии является консерватизм российских наркологов, нежелание что-либо менять в системе оказания помощи пациентам, удовлетворенность существующим положением вещей и страхом перед чем-то

новым и неизведанным. Как показывают результаты социологического опроса, 37,9% врачей считают, что проблема наркомании не может быть решена в принципе, что эффективность лечения наркомании не превышает 20% (так считает 51,7% респондентов). Возможно, что и существование устойчивого мнения о том, что «бывших наркоманов не бывает», блокирует стремление искать новые методы и способы терапии, привносит скептицизм в отношении к предлагаемым мерам (в том числе, к заместительной терапии), тем более, когда это преподносится оголтелыми сторонниками в качестве панацеи.

Данное качество российских специалистов-медиков проявляет себя не только в наркологии — большое количество врачей различных специальностей негативно относится к экспансии фармацевтических фирм, рекламирующих новые «высоко эффективные» лекарственные средства, и на деле противостоят им, отдавая предпочтение «старым, проверенным лекарствам». Консерватизм в области отечественной психиатрии является скорее правилом, чем исключением. Большинство врачей, исполняя революционный и демократичный по своей сути Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992), относятся к нему скептически. В медицинской среде распространено мнение о том, что Закон был принят необдуманно, в угоду либеральной моде и больше мешает практической деятельности, чем способствует ей. Многие специалисты по-прежнему настаивают на том, что введение судебной процедуры недобровольной госпитализации пациента в психиатрический стационар было ошибочным. Что следует вернуться к

прежней традиции — врачебного решения данного вопроса. Идентична в этом отношении позиция наркологов по поводу возобновления практики принудительного лечения в ЛТП — за нее сегодня выступает 37,9% ответственных наркологов.

Корпоративность

Корпоративность (приверженность узкогрупповым, замкнутым принципам и правилам) проявляет себя в неприятии и недоучете мнений иных специалистов или коллег из других «корпораций». В этом отношении российская наркология, по своей сути, корпоративна. Вследствие этого — высокомерна, заносчива и самодостаточна. Долгие годы наркологи сопротивлялись внедрению в систему оказания помощи пациентам «инородных элементов» — психологов, социальных работников. До настоящего времени на деле этим специалистам отводится второстепенная подчиненная роль. Продолжает доминировать биологическая парадигма наркологии. Пресекаются попытки равноправного сотрудничества. Заместительная терапия нередко рассматривается российскими врачами-наркологами как чужеродный метод, который не отвечает принципам этической и профессиональной деятельности корпорации («нам это не подходит», «врачу правильнее работать в лечебных программах, а «снижение вреда» оставить социальным работникам или бывшим наркопотребителям») (Данилевская О., Курабангалиев Р.). К плодотворным контактам с волонтерами российские наркологи не готовы. Именно поэтому отмечается негативное отношение к программам снижения вреда.

Патернализм

Патернализм также специфичен для российской врачебной ментальности. Несмотря на то, что принципы информированного согласия, партнерских взаимоотношений законодательно внедрены в работу медиков, отношение к ним скорее как к досадному недоразумению. Их выполняют, но не разделяют. Подавляющее большинство врачей-наркологов (более 80%) занимает патерналистскую позицию по отношению к пациентам. Это подтверждается широким распространением в России методик директивной психотерапии, стремлением вернуться к практике принудительного лечения в ЛТП. В этом ракурсе заместительная терапия наркозависимости может рассматриваться отечественными специалистами как методика, отрицающая традиционный для них патернализм. Считается, что при заместительной терапии пациента принимают как равного и не только «ни наставляют на путь истинный», но еще и «поощряют в его болезни и не отказе от ПАВ», понимают проблемы пациента, вместо того, чтобы «заставить его лечиться».

Терапевтический максимализм

Терапевтический максимализм, т.е. крайность во взглядах, проявляет себя в российских наркологических условиях в стремлении любой ценой добиться излечения своих пациентов от наркомании. Принципом профессиональной жизни оказывается принцип — «все или ничего». Третьего не дано. Мышление максималиста полярное, черно-белое. По его разумению, если нельзя вылечить, то и не стоит активно помогать. Девиз Максима Горького по-прежнему актуален: «Если враг не сдается, его уничтожают». По данным

социологического исследования, 76% населения и 57% врачей-наркологов не склонны считать смерть пациента от передозировки наркотиками однозначно отрицательным фактом (?!). Заместительная терапия в ракурсе максимализма для многих неприемлема вследствие того, что она не нацелена на кардинальное решение проблемы наркомании. В ней просто не видят смысла. Именно поэтому оппоненты-максималисты заместительной терапии делают упор на неэффективности подобного лечения (Надеждин А.В.). А, если оно неэффективно («какая может быть эффективность, если с одного наркотика переводят на другой»), то какой смысл его внедрять.

Идеологичность

Многие российские наркологи склонны анализировать заместительную терапию с гражданской, а не медицинской позиции. На уровне идеологической оценки данный способ расценивается ими как чуждый и опасный для российского менталитета. Субъективной основой этого является распространенная в обществе ксенофобия — страх чужого. По мнению ряда отечественных специалистов, попытка внедрить заместительную терапию наркозависимости в России — это «диверсия Запада», нацеленная на «истребление народа», «уничтожение генофонда» и связанная с «падением прибылей западных фармацевтических компаний, падение популярности метадона, как средства заместительной терапии, и стремлением искать новые рынки сбыта» (Э.А. Бабаян). Логика рассуждений такова: сначала вбросили в страну чуждую ей идеологию индивидуализма, поиска удовольствий (гедонизма), затем внедрили в сознание молодежи положительный

образ наркомана, доставили и стали распространять наркотики, а теперь предпринимают попытки легализовать наркотики и нажиться на этом. Идеологический вред заместительной терапии видится многим врачам именно в том, что это первый шаг к легализации наркотиков («разгулу демократии»), который подавляющим большинством отечественных наркологов не поддерживается (86,3% врачей категорически против легализации наркотиков).

Религиозность (духовность) и нравственность

Религиозность (духовность) и нравственная позиция отечественных врачей-наркологов также декларируется субъективной причиной неприятия заместительной терапии. Как отмечалось выше, четверть опрошенных специалистов указывает именно на безнравственную (с их точки зрения) сторону заместительной терапии как на причину негативного отношения к ней. Некоторые врачи находятся в связи с этим в замешательстве. С одной стороны, они готовы помогать тяжело больному наркоманией всеми возможными способами, с другой, не видят для себя нравственных оснований «вместо одного наркотика давать другой». Помимо этого традиционные для России конфессии (православие, ислам) патерналистски ориентированы в отличие от протестантизма, характерного для западного менталитета. Патернализм церкви проявляется и в том, что она пытается вмешиваться в изучение этиопатогенеза наркомании, отрицая ее болезненный характер и рекомендуя не лечение, но нравственное очищение. В этом отношении заместительная терапия рассматривается как поощрение греха или как попытка проникновения

нетрадиционных конфессиональных традиций.

Этичность

Этическая (не религиозная) составляющая отношения к заместительной терапии базируется помимо прочего на Клятве Гиппократа, принятой врачами. В ней, в частности, сказано, что врач берет за себя обязательство «не причинять всякого вреда..., не давать никому просимого... смертельного средства... и не показывать пути для подобного замысла». Многие врачи рассматривают заместительное лечение с использованием наркотических средств как нарушение клятвы. Они искренне убеждены в том, что аморальна сама постановка проблемы лечения пациента веществами, вредными для его здоровья. В этом отношении следует иметь в виду, что отношение к добру и злу в среде российских психиатров-наркологов носит специфический характер. Особо ярко он отразился в оценке практиковавшейся в советское время принудительной госпитализации пациентов в психиатрический стационар по политическим мотивам. Подавляющее большинство психиатров не признало этот факт аморальным. Аргументация была следующей: «Мы делали доброе дело для человека, помещая его (к примеру, диссидента) в психиатрическую больницу, защищая его, в том числе, от тюрьмы».

Экономика и финансы

Экономическая и финансовая составляющие отражают перевод проблемы в плоскость рационализма. Вопрос ставится так: насколько выгодно или невыгодно для общества, пациентов и врачей внедрение заместительной терапии? Видимо, эта

позиция основывается на сходном мнении Х. Клебер о том, что «лечение — это не консервативный или либеральный подход, это просто экономически эффективный (или неэффективный) подход». Если речь идет об общественной пользе, то доминирующей становится гражданская позиция специалиста, если о выгоде врача, то — индивидуалистическая. Многие российские наркологи убеждены в том, что внедрение заместительной терапии непосильно для бюджета страны и невозможно из-за неплатежеспособности населения. Их страшит дороговизна такой терапии, внедрение ее за счет уменьшения финансирования иной, «привычной», наркологической помощи или за счет пациента и его родственников. С позиции анализа личной выгоды, они также не видят позитивных моментов в заместительной терапии. И даже наоборот. Ее внедрение рассматривается ими как потенциальная опасность для их нынешнего устойчивого, гарантированного финансового положения, поскольку предполагаемый отток пациентов в программы заместительной терапии может уменьшить, с их точки зрения, их собственные доходы (в частности, от директивной психотерапии, «кодирования»).

Защитная психологическая реакция

Еще одной субъективной причиной неприятия отечественными наркологами идей заместительной терапии наркозависимости является защитная психологическая реакция в ответ на агрессивную рекламу и пропаганду данного метода ее адептами (например, убеждение оппонентов в том, что метадон «ни при каких обстоятельствах не обладает эйфоризирующим

эффектом» или что он «используется у зависимых женщин в разных странах для поддерживающей терапии на всем протяжении беременности»). Подобные аргументы вне контекста проблемы способны вызвать лишь раздражение. Некоторые представители программ снижения вреда излишне жестко оппонировать официальной наркологии, противопоставляя свой подход традиционному. Естественным желанием врачей-наркологов становится протест против всего, что предлагается программами снижения вреда (в том числе, заместительной терапии).

Также российские специалисты крайне негативно оценивают расширительный подход к назначению заместительной терапии, пропагандируемый западными коллегами (к примеру, французскими). В нем не остается места для деятельности, которая составляет сегодня суть работы отечественного нарколога. Помимо всего прочего, роль нарколога в нем низводится до предела — назначение заместительной терапии предлагается приписать врачам общей практики (терапевтам). Подобный подход субъективно неприемлем для отечественных специалистов еще и потому, что посягает на их профессиональную идентичность и гордость. Многие наркологи рассматривают попытки западных коллег внедрить в российские условия заместительную терапию как их коммерческий проект, что также вызывает субъективное отторжение метода.

Таким образом, проведенный анализ ситуации неприятия российскими наркологами заместительной терапии наркозависимости указывает на то, что доминирующими в нем являются

субъективные причины. Часть из них отражает общие для отечественной медицинской общественности особенности менталитета, часть — связана с некорректными способами и методами попыток внедрения идей заместительной терапии.

Точное понимание причин негативного отношения специалистов может и должно способствовать изменению тактики и стратегии информирования и убеждения российских специалистов в реальной гуманности, результативности и целесообразности внедрения данного метода лечения наркозависимости, вхождения отечественной наркологии в мировое профессиональное сообщество. Реальное внедрение заместительной терапии наркозависимости без изменения негативного отношения и неприятия к ней в профессиональной среде на лояльное отношение, основанное на рационализме, вряд ли возможно.

Справедливости ради следует отметить то, что перечисленные и проанализированные субъективные причины относятся пусть к большой, но все же части российских наркологов. Более трети специалистов придерживаются противоположной точки зрения. Они склоняются к мнению о том, что следует разрешить применение заместительной терапии в России. И это здравомыслие обнадеживает.

Контактная информация:

Владимир Менделевич

д.м.н., профессор,

директор Института исследований проблем психического здоровья,

заведующий кафедрой медицинской психологии Казанского государственного медицинского университета

mend@tbit.ru

Рабочая группа по заместительной терапии в России

Дарья Очерет

В России сегодня зарегистрировано более 300 000 случаев инфицирования ВИЧ, а общее число людей, живущих с ВИЧ, оценивается как 800 000—1 000 000 человек. Число умерших от ВИЧ/СПИДа ежегодно увеличивается. ВИЧ-инфекция в России распространяется крайне высокими темпами среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН); так, во многих индустриальных российских городах распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков достигает 30% и более. На протяжении последних нескольких лет российские эпидемиологи отмечают стабильное увеличение доли полового пути передачи ВИЧ, и это означает, что эпидемия вышла за пределы популяции потребителей наркотиков и распространяется среди общего населения.

Общая ситуация

Согласно данным Всемирного Банка, затраты системы здравоохранения на лечение ВИЧ-положительных пациентов могут явиться критическими для российского бюджета, а также негативно повлиять на факторы производства национального благосостояния, рабочую силу и национальный капитал. Экономическая модель, разработанная Всемирным Банком, подтверждает, что если не будет увеличен доступ к антиретровирусной терапии, то уровень смертности к 2010 году будет исчисляться тысячами в месяц, а общее число ВИЧ-положительных возрастет, по меньшей мере, до 2,3 млн. человек.

Международная практика показывает, что предоставление наркозависимым ВИЧ-положительным пациентам легальных опиатов в рам-

ках лечения ВИЧ-инфекции и паллиативного ухода не только оказывает позитивное влияние на состояние пациента, но и является эффективным методом профилактики ВИЧ. Такие опиаты, как метадон и бупренорфин, используются в более чем 30 странах мира для этих и ряда других медицинских целей уже многие годы.

Россия еще не имеет опыта использования метадона и бупренорфина в программах детоксикации и заместительной терапии ни для ВИЧ-положительных ПИН, ни для потребителей опиатов в целом. Одной из очевидных причин, препятствующих расширению медицинского использования опиатов в России, являются определенные положения российских законов.

Адаптация нормативной базы и проведение демонстрационных про-

грамм использования опиатов при ведении ВИЧ-положительных потребителей наркотиков являются жизненно важным фактором для десятков тысяч граждан России и их близких, и это должно широко обсуждаться российскими официальными лицами с привлечением международных экспертов и некоммерческого сектора.

Всероссийская сеть снижения вреда и Благотворительный фонд развития взаимопомощи «Колодец» организовали серию консультаций, направленных на разработку единой стратегии по обеспечению доступа к заместительной терапии в России с различными заинтересованными группами, работающими в области ВИЧ/СПИДа, лечения наркотической зависимости и паллиативного ухода, а также активистами.

Наиболее значимой консультацией стало совещание 2 февраля 2005 года с участием представителей Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Управления ООН по наркотикам и преступности (УООННП), Объединенной программы ООН по СПИДу (ЮНЭЙДС), Всемирного Банка, Международной программы развития снижения вреда Института «Открытое общество» (IHRD-OSI), Фонда «Открытый Институт здоровья населения» (ОИЗ), «СПИД Фонда Восток-Запад» (AFEW), PSI, «Фокус-

Медиа», «Трансатлантических партнеров против СПИДа», РОО «Сообщество ЛЖВС», движений Drugusers.ru и ФронтЭЙДС. По итогам данной консультации было принято решение, что первым шагом по адвокации должно стать создание «Рабочей группы по заместительной терапии в России».

Рабочая группа

Принципы деятельности

В основу работы группы положена открытость деятельности и соответствие всех предпринимаемых действий существующей на данный момент в РФ нормативно-правовой базе и основополагающим принципам по биоэтике. Важными моментами являются: добровольность участия в проекте; коллегиальность принимаемых решений; согласованность действий всех заинтересованных структур; полная открытость и доступность информации о действиях, предпринимаемых участниками проекта; сотрудничество между государственными и негосударственными организациями в рамках данного проекта; а также учет существующих практик и протоколов, рекомендованных агентствами ООН и ВОЗ.

Участники

На сегодняшний день в состав Рабочей группы входят представители основных национальных и международных организаций.

Негосударственные организации:

- Благотворительный фонд «Колодец»
- Некоммерческое партнерство «Всероссийская сеть снижения вреда»
- Движение «FrontAIDS»

- Московская хельсинская группа
- Фонд «Открытый Институт здоровья населения»
- «СПИД-Фонд Восток-Запад» (AFEW)
- PSI
- Фокус-Медиа
- Трансатлантические партнеры против СПИДа
- РОО «Сообщество ЛЖВС»
- «Азария» (Матери против наркотиков)

Академические партнеры:

- Отделение медицинской и общей психологии Казанского Государственного Университета
- Институт исследований проблем психического здоровья

Международные и региональные организации и агентства:

- ВОЗ
- УНП ООН
- ЮНЭЙДС
- ПРО ООН
- Всемирный Банк
- СЕЕHRN
- Всеукраинская Сеть ЛЖВ
- MDM-Франция
- INHRD/OSI

Задачи

Стратегические задачи:

- Внедрение поправок к ст. 31.6 «Федерального закона о наркотических средствах и психотропных веществах», запрещающего лечение наркотической зависимости нарко-

тическими веществами, относящимися к Списку 2.

- Переквалификация метадона из Списка 1 в Список 2.
- Включение заместительной терапии в стандарты оказания наркологического лечения и терапии ВИЧ.

Краткосрочные задачи:

- Формирование запроса на заместительную терапию, дифференцированный подход:
 - Население (ПИН, ЛЖВС, родители...);
 - Специалисты (наркологи + инфекционисты);
- Демонстрационный проект по назначению бупренорфина по схемам заместительной терапии ПИН, получающим АРВ-терапию.
 - ЗТ + АРВ;
 - ЗТ + паллиативная помощь;
 - ЗТ + наркология;
- Демонстрационный проект по назначению по схемам заместительной терапии ПИН со СПИДом, нуждающимся в паллиативной помощи.

Рабочие встречи

На сегодняшний день в рамках деятельности Рабочей группы прошло три встречи. На первой встрече состоялось знакомство участников, которые представили планы своих организаций на 2005 год относительно адвокации заместительной терапии в России. На второй встрече собравшиеся обсудили и утвердили техническое задание, определили стратегические и тактические цели и задачи группы. На третьей встрече участники разработа-

ли структуру информационной политики, определили методы взаимодействия и построения партнерства с государственными службами и организациями.

В самое ближайшее время деятельность Рабочей группы продолжится. Она будет регулярно освещаться на страницах бюллетеня «Снижение вреда в России».

Контактная информация:

Дарья Очерет

Президент,

Благотворительный фонд «Колодец»

dasha@drugpolicy.ru

Восточная и западная модели психиатрической помощи: налаживание взаимоотношений

Сергей Корень

13 июня 2005 года в рамках проходившей в Москве конференции «Налаживание взаимоотношений между восточной и западной психиатрией» («Bridging Eastern and Western Psychiatry») состоялась встреча российских и зарубежных специалистов в области лечения героиновой зависимости. Главными организаторами встречи стали Икро Мареммани (Icro Maremmani) (профессор медицины, президент EUROPAD) и Александр Козлов (главный психиатр медицинского департамента Федеральной службы по контролю за наркотиками). Одной из задач, стоявших перед участниками, было обсуждение практики применения заместительной терапии опиоидами у пациентов с зависимостью от героина в России и зарубежом.

Первым на конференции с докладом выступил Икро Мареммани. В своем выступлении он поделился более чем 20 летним опытом медицинского применения метадона в клиниках Италии для лечения многих тысяч наркозависимых. Основной вывод его презентации заключался в том, что терапия метадоном в настоящее время является одним из самых эф-

фективных и недорогих методов лечения героиновой зависимости. Неуспех терапии метадоном зачастую связан с неправильной организацией лечебного процесса или с неадекватным подбором доз препарата. Относительно взаимосвязи программ снижения вреда и заместительной терапии профессор Мареммани высказал свою четкую позицию о приоритете разви-

тия метадоновых программ. Он объяснил это необходимостью в первую очередь начинать лечение, а потом уже предоставлять сервис. Данное заявление вызвало целый ряд вопросов у присутствующих и стало предметом дальнейшей дискуссии.

Следующий выступающий, Александр Козлов, поделился ценными данными по ситуации с героиновой зависимостью в России и рассказал об основных подходах к лечению наркозависимых. Очень важным было высказанное им понимание целесообразности применения программ снижения вреда и заместительной терапии в России. При этом он отметил, что в нашей стране существует негативное отношение к метадоновым программам со стороны некоторых известных психиатров и наркологов, и в целом этот вопрос в России имеет скорее политическое, нежели медицинское обоснование.

В последовавших выступлениях отечественных и зарубежных специалистов были затронуты некоторые общие и частные вопросы героиновой зависимости и связанной с нею ситуации с ВИЧ/СПИДом.

Александр Балашов из Московского НИИ психиатрии рассказал о некоторых психобиологических исследованиях, проводимых на базе института, в том числе в области наркологии. М. Пачини (М. Pacini) поделился медицинским пониманием социальных проблем и причин непродуктивности пациентов с зависимостями. П.П. Пани (P.P. Pani) подробно рассказал о существующих в Италии методиках применения метадона. Павел Аксенов (ВОЗ, Россия) подробно разъяснил позицию ВОЗ в области ВИЧ/СПИДа, программ снижения вреда и программ заместительной терапии, а также рассказал о существующих в настоящее время приоритетных направлениях своей работы.

Как всегда ярким было выступление профессора В.Д. Менделевича. Приведенные им данные о ситуации с наркозависимыми в России произвели особенно сильное впечатление на зарубежных коллег. Завершал встречу доклад доктора Канчелова (директора наркологической клиники в Софии, Болгария), посвященный вопросам психотерапии пациентов, участвующих в метадоновых программах.

Подводя итог, можно сказать, что данная встреча, как и задумывали организаторы, стала своего рода «мостом» между отечественной и западной медициной. У подавляющего большинства присутствовавших сложилось твердое понимание необходимости скорейшего внедрения программ заместительной терапии в России, основываясь на имеющемся положительном опыте зарубежных коллег. Было развеяно множество мифов, до этого окружавших тему лечения метадоном героиновой наркомании, включая вопросы самой эффективности подобного лечения, его стоимости, токсичности используемых препаратов, «тяжести» метадоновой зависимости. Очень важно, что наши врачи имели возможность получить ответы на интересующие их вопросы из первых рук — от людей, кто многие годы эффективно помогает пациентам с героиновой зависимостью.

Контактная информация:

Сергей Корень

программный директор

Благотворительный фонд «Колодец»

koren@drugpolicy.ru

Российские наркологи жаждут перемен

Евгений Сахаров

8 – 10 июня 2005 года в г. Иваново проходила российская научно-практическая конференция «Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение, реабилитация», которая была организована Ивановской государственной медицинской академией Министерства здравоохранения и социального развития РФ. В течение трех дней более 150 участников из десяти регионов России обсуждали проблемы современной российской наркологии.

Интерес вызвали многие темы, поскольку накопилось множество нерешенных теоретических и практических проблем. Однако в качестве наиболее актуальной и основной дискуссионной проблемы современной российской наркологии единодушно была названа проблема целесообразности внедрения заместительной терапии. Именно данной тематике были посвящены пленарные доклады профессора В.Д. Менделевича («Российская наркология и здравый смысл: взаимоисключающие понятия»), профессора Ю.П. Сиволапа («К дискуссии о достоинствах и недостатках программ лечения метадоном»), выступления к.м.н. А.В. Надеждина, проф. А.В. Худякова, а также круглый стол.

Главный редактор журнала «Аддиктология» и по совместительству зам. главного редактора журнала «Наркология», доктор медицинских наук Т.В. Чернобровкина, которая вела круглый стол, остановилась на вопросе низкого качества и недостаточной эффективности оказания наркологической помощи и высказала недоумение по поводу позиции официальных лиц в отношении блокирования внедрения заместительной терапии в практику. По ее мнению, использование данной методики помогло бы решить «хотя

бы часть накопившихся проблем». В качестве основного негативного факта она назвала неконструктивность позиции чиновников, их нежелание даже обсуждать некоторые вопросы. Примером этого была названа недавняя излишне эмоциональная и субъективная реакция руководителей российской наркологии проф. Н.Н. Иванца и проф. Э.А. Бабаяна на опубликованные в 2005 году в журнале «Наркология» статьи о заместительной терапии, расцененные противниками как посягательство на «святые устои».

В рамках дискуссии на круглом столе выступили как маститые профессора, так и практические наркологи. Удалось прояснить позиции и убедить слушателей в том, что многие отрицательные данные о заместительной терапии (в частности, метадон) базируются на ложных и даже умышленно искаженных «фактах». Так, были развенчаны мифы о большом вреде метадона по сравнению с героином, о дороговизне метановой заместительной терапии, о том, что в случае внедрения данной методики, исчезнет необходимость в иных методах лечения. Выступившие в прениях участники — проф. А.Ю. Егоров (Санкт-Петербург), А.А. Дрейзин (Калининград), М.Л. Зобин (Москва) и др. — оказались единодушными в том, что в споре о необходимости данного вида лечения продолжает доминировать немедицинский идеологический подход, что дискуссия часто выходит за рамки научной, что она излишне эмоциональна и политизирована и что требуется перевести ее в научное русло.

По результатам дискуссии единогласно была принята резолюция, в которой первым пунктом значится: «Поставить вопрос перед Министер-

ством здравоохранения и социального развития РФ о переводе метадона из списка А в список Б списка сильнодействующих веществ. Обратиться в Государственную Думу РФ с предложением изменить Закон о наркотических веществах в части запрещающей использовать наркотики при лечении наркомании, ссылаясь на мировой опыт и рекомендации ВОЗ и ООН. Провести пилотные исследования, посвященные использованию заместительной терапии в комплексном лечении ВИЧ-инфицированных больных наркоманией».

Следует отметить, что ивановская конференция стала первой из подобных мероприятий, на которых мнение специалистов о заместительной терапии оказалось столь категорично положительным. На осенней (2004 года) казанской конференции мнение аудитории разделилось. В связи с этим можно отметить, что российские наркологи все больше проникаются идеей внедрения заместительной терапии наркозависимых и все активнее пытаются изменить действующие принципы и процедуры, предлагая расширить арсенал используемых методик, тогда как чиновники от медицины активно противостоят им.

Контактная информация:

Евгений Сахаров
к.м.н., доцент
medpsy@front.ru

Воронеж: Обобщение опыта деятельности по снижению вреда

Ольга Блинова

18 — 19 мая 2005 г. в г. Воронеже прошла межрегиональная конференция «Развитие системы межсекторного взаимодействия различных организаций и служб в деле противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа на современном этапе», на которой обсуждались вопросы, связанные с реализацией снижения вреда в России. Для участия в конференции были приглашены руководители и сотрудники российских проектов снижения вреда и общественных организаций, наркологи, врачи, сотрудники правоохранительных органов и многие другие. Целью конференции стало обобщение опыта деятельности по снижению вреда, развитие партнерских отношений на различных уровнях власти.

Общая ситуация

Идея проведения межрегиональной конференции Центрально-Черноземного района по снижению вреда (СВ) была задумана два года назад. Первый проект СВ в этом регионе начал работу в 1999 г. в Белгороде, затем в 2000 г. — в Липецке, Воронеже и Курске. Однако, несмотря на необходимость проведения подобной работы, с самого начала государственная поддержка программ была больше декларативной.

В 1999 г. и 2002 г. были выпущены Постановления Главного Государственного Санитарного Врача Российской Федерации Геннадия Онищенко, указывающие на необходимость повсеместного внедрения работы по снижению вреда, направленной на приостановление эпидемии ВИЧ в нашей стране. Тем не менее, во многих регионах эти постановления выполнялись неудовлетворительно — прежде всего, в части мероприятий среди наиболее уязвимых групп населения.

В 2001 г. Россия подписала Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принята резолюцией S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи от 27 июня 2001 г., параграф 52. Однако, несмотря на международные обязательства, в стране до сих пор не существует Федерального плана или программы, в которую были бы включены мероприятия по снижению вреда, такие как обмен шприцев и другие методы профилактической работы.

Объем работ по снижению вреда в последние несколько лет не только не увеличивается, но и сокращается: так, по сравнению с 2002 г., число проектов сократилось более чем в два раза,

а их среднее финансирование уменьшилось почти на 30%, что связано с сокращением международного финансирования и отсутствием федерального и адекватного местного финансирования. Во многих регионах (Воронеж, Липецк, Белгород и др.) компонент снижения вреда включен в целевые областные и городские программы по ВИЧ/СПИДу и наркомании. Однако со-финансирование со стороны местных бюджетов регионов составило не более 30%.

Между тем, на сегодняшний день опыт каждого региона в реализации снижения вреда уникален, т.к. в них складывается разная эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИДу, ситуация с потреблением наркотиков и различные взаимоотношения проектов с властью — от полной поддержки до неприятия. Не так давно организации и физические лица, занимающиеся реализацией стратегий снижения вреда, объединились во Всероссийскую сеть снижения вреда (ВССВ). Целью объединения стала необходимость адвокации снижения вреда, что возможно только при объединении усилий. А для продолжения проектной деятельности необходимо признание программ на уровне властей, правительства, бюджетное финансирование, стабильность работы с уязвимыми группами населения (ПИН, секс-работниками, заключенными и ЛЖВС) для влияния на эпидемическую ситуацию по ВИЧ/СПИДу. Выработку общей стратегии дальнейшей деятельности по снижению вреда как раз и поставила перед собой конференция в Воронеже.

Участники

Для участия в конференции в Воронеж были приглашены руководите-

ли и сотрудники проектов снижения вреда из Липецка, Белгорода, Волгограда, Курска, Пензы, наркологи, сотрудничающие с проектами, представители Всероссийской сети снижения вреда и Фонда «Открытый Институт здоровья населения» (ОИЗН), а также зам. начальника надзора за ВИЧ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав и благополучия человека Л. Дементьева.

Со стороны Воронежского региона были приглашены около 80 специалистов и организаций, служб и ведомств, работающих по профилактике ВИЧ/СПИДа с различными категориями граждан, в том числе сотрудники УВД, УИН, ФСКН, администрации, здравоохранения, общественных организаций, РОА «Общественная палата Воронежской области», а также представители церкви.

Большую работу для организации конференции в Воронежском регионе провели воронежские РОА «Общественная палата Воронежской области», АНО «Центр АнтиСПИД», реализующая проект снижения вреда в Воронеже, а также РООО «Конфедерация деловых женщин в России».

Выступления

Первый день

Участие сотрудников ВССВ и ОИЗН имело большое значение, т.к. эти организации стали родоначальниками и продолжателями проектов снижения вреда в России (сначала через Институт «Открытое общество», затем через Глобальный фонд). Участие сотрудника МЗ РФ Л. Дементьевой в работе конференции подтвердило актуальность работы проектов в стране, и в рамках конференции было решено создать рабочую группу из

Дискуссия, на вопросы участников конференции отвечает Т. Мамчик (гл. врач Воронежского СПИД-центра). Слева направо: О. Гунина, зам. начальника Воронежской Федеральной службы, С. Андрейас, зам. гл. врача Воронежского СПИД-центра, О. Блинова, руководитель проекта снижения вреда в Воронеже, Л. Дементьева, зам. начальника отдела по ВИЧ/СПИДу МЗ РФ.



специалистов снижения вреда из регионов для подготовки предложений о включении этой стратегии в Федеральную программу по ВИЧ/СПИДу на ближайшие годы, которая в данный момент разрабатывается.

Л. Дементьева сделала доклад об эпидемиологической ситуации в РФ и перспективах развития Федеральной службы, необходимости расстановки приоритетов в профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп населения и продолжения работы с ними по принципам снижения вреда, а также объединения усилий государства и НКО по противодействию эпидемии ВИЧ. Основными руководящими документами прямого действия в этой работе являются Постановления Главного государственного санитарного врача Г. Онищенко (последнее от 25.04.05, в котором еще раз отмечено, что программы снижения вреда медленно внедряются в регионах в практику государственных учреждений и общественных организаций, нет ясных взаимоотношений с ФСКН и нет бюджетного финансирования). Л. Дементьева выразила однозначную поддержку инициатив регионов по

включению снижения вреда в Федеральную программу по ВИЧ/СПИДу.

А. Левин (ВССВ) и А. Потомова (ОИЗН) рассказали участникам конференции об истории снижения вреда в России, о динамическом развитии программ и результатах проведенного мониторинга и оценках эффективности проектов в регионах с разным уровнем развития эпидемии ВИЧ/СПИДа среди ПИН.

С. Олейник, руководитель проекта снижения вреда в Пензе, рассказал об успехах и проблемах СВ, подготовке целевой программы в регионе, влиянии СВ в г. Пенза на снижение распространения ВИЧ среди ПИН в сравнении с теми городами в Пензенской области, где такие программы не были развернуты.

В Липецке программа СВ и Пункты доверия (ПОШ) находятся на базе СПИД-центра и наркодиспансера. Главный нарколог области М. Коростин рассказал о том, как программа СВ явилась в области первой ступенью для лечения наркозависимости и как важно для наркологической службы иметь доступ к ПИН, не только замотивированным в данный момент на лечение, но и к той категории наркоза-

висимых, которые экспериментируют с наркотиками и не готовы в момент привлечения их в программу к получению лечения от наркозависимости. В этой связи важно отметить, что не все регионы могут привести в пример подобное удачное сотрудничество с наркологической службой, вызванное пониманием правильности проведения низкопороговых программ, таких как снижение вреда.

Руководитель проекта снижения вреда в Волгограде О. Шелковникова рассказала о встраивании проекта в другие социальные программы, такие как, например, Социальное бюро по реабилитации ВИЧ+ заключенных. В. Перуцкий, руководитель проекта снижения вреда в Белгороде, рассказал о работе среди ПИН и секс-работников, а В. Ковальчук — о результатах социологического исследования по теме потребления наркотиков в Курске.

Руководитель проекта снижения вреда в Воронеже О. Блинова рассказала о реализации СВ в своем городе, подготовке городской программы «АнтиВИЧ/СПИД», тех проблемах, с которыми пришлось столкнуться во время ее подготовки, а также о том,

какое сопротивление оказали органы областного управления здравоохранения и СПИД-Центр при внедрении и реализации программы.

Второй день

После проведения пресс-конференции, на которой собравшимся журналистам было рассказано о целях и задачах конференции, рабочая группа из 17 человек подготовила предложения в Федеральную программу по ВИЧ/СПИДу по деятельности программ снижения вреда. Обсуждение проходило в жарких спорах, но, тем не менее, резолюция была подготовлена и разослана для обсуждения всем заинтересованным лицам. Конечный вариант был направлен Г. Онищенко.

Итоги

Конференция оказала мощное адвокативное влияние на продвижение снижения вреда в России, в т.ч. Воронежском регионе, и позволила специалистам регионов обменяться опытом и выработать единую стратегию дальнейших действий. Все участники конференции пришли к выводу, что подобный опыт проведения региональных конференций необходимо тиражировать и обязательно с привлечением специалистов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, а также российских и международных организаций.

Контактная информация:

Ольга Блинова

директор АНО «Центр Анти-СПИД»

antiaids@comch.ru

Специалисты в области ВИЧ/СПИДа приветствуют включение метадона в международный список «Основных лекарственных средств» ВОЗ и призывают к разрешению препарата в России

Шона Шоннинг, РОО «Сообщество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом»

Александр Левин, Всероссийская сеть снижения вреда

2 июля 2005 г. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) официально заявила о включении метадона в список «Основных лекарственных средств». Метадон является важным компонентом лечения наркозависимости, а также профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа среди потребителей наркотиков. Однако в России этот препарат остается запрещенным.

Весной этого года на заключительной церемонии 17 Международной конференции по снижению вреда, которая проходила в Белфасте, Северная Ирландия, было сделано предварительное сообщение о том, что в самое ближайшее время метадон может быть включен в список «Основных лекарственных средств» ВОЗ. Тогда зал взорвался аплодисментами. Ведь хотя научно доказано, что метадон безопасен, эффективен и рентабелен как медицинский препарат для повышения качества жизни и улучшения состояния здоровья потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), этот важный препарат может использоваться не во всех странах, где он жизненно необходим. Более того, в некоторых странах его использование запрещено законом.

На конференции в Белфасте было не так много сессий, посвященных эффективности адекватного назначения метадона в схемах заместительного или поддерживающего медикаментозного

лечения для лиц, зависящих от опиатов. После 40 лет научных исследований в подобных сессиях просто не было необходимости. В 2004 г. ВОЗ и другие агентства ООН выпустили Совместную позицию, в которой подчеркивается, что заместительная терапия позволяет снизить количество инъекций наркотиков (и соответственно передачу парентеральных инфекций, таких как гепатит и ВИЧ), сократить преступность и секс-работу, связанные с наркотиками, повысить социальную стабильность, уменьшить количество смертельных передозировок, а также, зачастую, привести к полному отказу от опиатов.

Как показывает практика, метадон и другие препараты того же ряда доказали свою эффективность в улучшении приверженности сложным схемам АРВ-терапии для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС). Существует научное подтверждение тому, что ВИЧ-позитивные потребители наркотиков при помощи заместительной терапии могут быть не менее приверженными АРВ, чем люди, не употребляющие наркотики. Тем не менее, во многих странах это дешевое жизненно важное лекарство недоступно, и, если ситуация не изменится, может произойти катастрофа. Стигма и распространенное мнение, что потребители наркотиков не могут четко следовать схемам АРВ, приводит к постоянному отказу в доступе к терапии потребителям наркотиков.

На сегодняшний день страны Восточной Европы и Центральной Азии отличаются самым высоким уровнем распространенности ВИЧ за пределами Африки и Карибского бассейна. К примеру, в России и Украине ЮНЭЙДС оценивает уровень инфицирования около 1% взрослого населения. Регион Восточной Европы и Центральной Азии также является местом прибывания одной из самых обширных популяций ПИН (около 3,2 млн. человек, согласно данным Центра по исследованиям наркотиков и поведения, связанного со здоровьем Имперского колледжа, Великобритании). В Восточной Европе и Центральной Азии самый высокий уровень ВИЧ, связанный с инъекционным потреблением наркотиков (около 73%, по данным ЮНЭЙДС, приведенных в том же исследовании). В этих странах только 9% людей, нуждающихся в АРВ, получают лечение и только 19% из них — потребители инъекционных наркотиков. Процент ПИН, получающих терапию, возможно, даже ниже, поскольку в системе отчетности отсутствует разделение на «активных» потребителей и «бывших».

В России, где проживает 76% ЛЖВС от всего региона Восточной Европы и Центральной Азии, 87% случаев инфицирования связаны с инъекциями. Доступ к АРВ для активных потребителей в России крайне низкий. По словам Андрея Рылькова, представителя самоорганизации потребителей наркотиков «Колодец», например, в Санкт-Петер-

бурге существует комиссия, которая занимается назначением АРВ-терапии, постоянно исключает активных потребителей из лечебных программ, говоря о том, что они «социально бесперспективны».

Тем не менее, Россия на протяжении десятилетий запрещает любой оборот метадона, в том числе его медицинское использование, а также не допускает использование другого препарата, бупренорфина, также внесенного ВОЗ в 14-й перечень основных лекарственных средств для лечения наркозависимости. В связи с этим проекты, направленные на повышение доступа к АРВ, включая большой проект Всемирного банка и два гранта Глобального фонда, скорее всего, не достигнут своих целей и не смогут обеспечить необходимую приверженность, если заместительная терапия не будет назначаться нуждающимся. Без метадона исключение потребителей наркотиков из программ АРВ-терапии будет продолжаться. Проблемы с приверженностью могут стать угрозой срыва кампаний по лечению в целом. Это также может привести к развитию резистентных штаммов вируса ВИЧ (если приверженность не будет соблюдаться), и в итоге — даже к развитию эпидемии резистентных штаммов в соседних государствах.

Внесение метадона в список «Основных лекарственных средств» ВОЗ дает активистам новый и эффективный инструмент для адвокации. Аня Саранг, руководитель проектов по адвокации и обучению Всероссийской сети снижения

вреда, отмечает, что включение метадона в список «Основных лекарственных средств» может быть не столь важно для стран, где заместительная терапия давно и успешно применяется, сколько для России, где она еще остается нелегальной. «Как может «необходимое лекарство» быть нелегальным? — говорит она. — После решения ВОЗ у России больше нет оправданий для сохранения этого запрета. Мы призываем российское правительство разрешить медицинское использование метадона и включить его в национальный список основных лекарственных средств для оказания помощи наркозависимым. Промедление будет способствовать дальнейшему распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа и других тяжелых последствий потребления наркотиков».

После официального объявления о включении метадона в список Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы (ССВЦВЕ) планирует в короткий срок поддержать изменение статуса метадона в странах, которые в этом нуждаются, и помочь другим сетям в регионе сделать то же самое, в том числе и в России.

Контактная информация:

Шона Шоннинг

РОО «Сообщество людей, живущих с ВИЧ/СПИДОМ»

s_schonning@positivenet.ru

Александр Левин

Всероссийская сеть снижения вреда

sasha_levin@harmreduction.ru



**Всероссийская сеть
снижения вреда**

Контактная информация:

Ул. Доватора, 13
Москва, 129010, Россия
Тел./факс: +7 (095) 245-48-43

<http://www.harmreduction.ru>
info@harmreduction.ru

Ответственный редактор:
Александр Левин

Бюллетень «Снижение
вреда в России»
издается
Всероссийской сетью
снижения вреда в
рамках проекта
«ГЛОБУС» при
поддержке
организации «СПИД
Фонд Восток-Запад».



© Всероссийская сеть снижения вреда, 2005.

Все права защищены. Воспроизведение, передача, распространение или дублирование части или всех содержащихся материалов в любой форме допускаются только при условии, что они не будут использованы для продажи или в связи с другими коммерческими целями. Мнение сотрудников организации может не совпадать с мнением авторов; за высказанные авторами идеи организация ответственности не несет.