

ЗАМІСНА ТЕРАПІЯ

АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД

ФАКТИ ПРО ЗАМІСНУ ТЕРАПІЮ	1
ПОЛІТИКА	3
Спільна позиція ВООЗ, УООННЗ і ЮНЕЙДС: замісна підтримувальна терапія в лікуванні пацієнтів з опіоїдною залежністю й у профілактиці ВІЛ-інфекції та СНІД	3
Замісна терапія в Україні з огляду на законодавство	4
ПРАКТИКА	7
Стан справ із наркотиками в Європейському Союзі та Норвегії	7
Стан справ із наркотиками в країнах, які щойно вступили до Європейського Союзу	7
Замісна терапія в Україні	7
ДОСЛІДЖЕННЯ	9
Сучасні методи лікування наркоманії: огляд фактичних даних	9
ДУМКИ ЕКСПЕРТІВ	11
С. Дворяк. Поживне середовище для вірусу, або Чому не вдається розпочати лікування наркозалежних метадоном	11
А. Вієвський. Програми замісної терапії	14
В. Пеліпас. Метадонова замісна терапія хворих на наркоманію	15

ФАКТИ ПРО ЗАМІСНУ ТЕРАПІЮ

Замісна терапія (ЗТ), або замісна підтримувальна терапія (ЗПТ), — це вид лікування опіоїдної залежності¹, при якому використовують опіатні агоністи² — речовини, які мають подібну до героїну та морфіну дію на головний мозок людини, — що дозволяє запобігти розвитку синдрому відміни³ та блокувати потяг до нелегальних опіоїдів.

Цінність ЗТ полягає в тому, що вона дає змогу залежним споживачам відмовитися від вживання нелегальних опіатів, значно зменшити ризик, пов'язаний з ін'єкціями (ВІЛ, гепатити, інфекції тощо), стабілізувати здоров'я, стати соціально активними. Замісна терапія сприяє значному зниженню кримінальної активності споживачів наркотиків, що створює гарні передумови для подальших позитивних змін.

ЗТ суттєво сприяє налагодженню контактів різноманітних соціальних і медичних служб із цільовою групою споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). Такий комплексний і всебічний підхід є найбільш адекватним з огляду на комплексний медико-соціальний характер захворювання.

Найширше з препаратів-замінників використовується метадон. Існує також його аналог з більш тривалим періодом дії — ЛААМ, який поки що використовується обмежено через високу вартість. Останні роки все більшої популярності набуває бупренорфін — препарат, що має змішані властивості (агоніст-антагоніст⁴).

Історія замісної терапії

Лікарі давно так чи інакше використовували замісні препарати при лікуванні опіоїдної залежності. Навіть у Радянському Союзі особи, які страждали опіатною залежністю, до 1959 року мали можливість отримувати морфін для власних потреб в аптечних установах за рецептами лікарів (так звані «наркопайки»). Але практика засвідчила, що призначення опіатів короткої дії не може стабілізувати стан пацієнтів через швидке звикання.

Із такими ж труднощами зіштовхнувся 1964 року американський професор Вінсент Доул. Він переконався, що

україн важко стабілізувати стан пацієнтів шляхом призначення постійної дози морфіну, і разом з доктором Марі Нівандер спробував використовувати для цього метадон. Цей препарат мав істотні переваги — його можна було вживати перорально у розчині, тобто не було потреби робити ін'єкції, а завдяки тривалому часу дії його можна застосовувати раз на добу. Результати дослідження пригломшували: стан понад 80 % пацієнтів, які брали участь у дослідницьких програмах, був стабілізований постійними дозами метадоноу. Пацієнти припинили вживати нелегальні наркотики, значно поліпшився їхній соціальний статус і загальний стан здоров'я. З кінця 60-х років метадонова терапія поступово стала найвизнанішим методом лікування опіоїдної залежності у світовій практиці.

Значення ЗТ та її застосування істотно підсилюлися, починаючи з 1987 року, після початку епідемії ВІЛ/СНІД. Було доведено, що ЗТ значно зменшує ризик поширення цієї інфекції, а також гепатитів В і С, і є невід'ємним компонентом противірусного лікування ВІЛ-позитивних наркозалежних осіб.

Наукові основи ЗТ, дослідження її ефективності

Нині вже є загальноновизнаним той факт, що синдром залежності формується під впливом найрізноманітніших факторів біологічного, психологічного і соціального характеру. У випадку опіоїдної залежності біологічний складник має величезне значення. Установлено, що тривале вживання нелегальних опіоїдів істотно порушує роботу головного мозку, особливо структур, пов'язаних з опіатними рецепторами й обміном ендорфінів. Наслідком нестачі опіоїдів є прояви «ломки», потяг до наркотиків, що виникає час від часу. Усе це спричинює рецидиви, людина залишається споживачем наркотиків, її поведінка стає ще більш ризикованою в плані інфікування ВІЛ та іншими інфекціями, які передаються через кров. Контрольоване призначення відповідної дози препарату дає змогу нормалізувати роботу головного мозку, запобігти розвитку синдрому «ломки» і блокувати потяг. Це дозволяє пацієнтові повністю припинити вживання нелегальних опіоїдів і сподіватися на подальші позитивні зміни.

¹ Опіоїдна залежність — це стан, при якому змінюються нейрохімія та рецепторні ділянки мозку, внаслідок чого виникає фізіологічно обумовлена потреба в опіатах — настільки ж інтенсивна, як потреба їсти чи дихати (А. Фестер, Е. Бунінг. *Інформація для тих, хто приймає рішення щодо ефективності замісної терапії при опіоїдній залежності*. — К.: ООН, 2003. — С. 12.).

² Агоністи опіатних рецепторів (опіатні агоністи) — речовини, які комлементарно взаємодіють з опіатними рецепторами і викликають специфічні ефекти в ЦНС. Представники: морфін, героїн, ацетильований екстракт макової соломки, метадон. Антагоністи опіатних рецепторів (опіатні антагоністи) — речовини, що блокують опіатні рецептори ЦНС і запобігають дії опіатних агоністів. Представники: налоксон, налтрексон.

³ Синдром відміни (жарг. «ломка») — група симптомів різної важкості, що виникають у результаті припинення вживання або зменшення дози наркотику після тривалого періоду вживання та/або вживання високих доз. Характерними проявами є ринорея, слюзотеча, біль у м'язах, мерзлякуватість та, за 24—28 годин, спазми у м'язах і животі. Потяг до наркотику триває і після того, як фізичні симптоми стихають (*Withdrawal syndrome // Demand Reduction — A Glossary of Terms*. — NY, 2000. — С. 76.).

⁴ Агоністи-антагоністи опіатних рецепторів (опіатні агоністи-антагоністи) — речовини, які мають змішані властивості. Представники — бупренорфін, буторфанол.

Порівняння економічного ефекту лікування і нелікування опіоїдної залежності

Напевно, через неоднозначне ставлення суспільства до призначення наркозалежним наркотичних препаратів жоден із методів лікування настільки ретельно не вивчався. Проведено безліч досліджень за найрізноманітнішими методиками. Порівнювалася ефективність ЗТ з різними іншими методами лікування і різні варіанти самих програм ЗТ.

У 1991 році у Нью-Йорку був проведений порівняльний аналіз двох груп з числа осіб, які очікували своєї черги для проходження великої програми ЗТ. Одна група отримувала метадон, інша не отримувала ніякої терапевтичної допомоги. Кількість осіб, які отримували метадон і перестали вживати героїн, утричі перевищувала кількість тих, хто облишив героїн, із другої групи.

У США, Гонконзі і Швеції було проведено три спеціальних дослідження, де ефективність терапії за допомогою метадону оцінювалася завдяки порівнянню стану здоров'я тих, хто вживав метадон, та тих, хто не вживав цього препарату, тобто з поведінкою членів контрольної групи, які не отримували жодної терапії. Після року спостережень з'ясувалося, що особи, які не лікувалися, у 97 разів частіше вживали героїн і в 53 рази частіше потрапляли до в'язниці, аніж ті, які лікувалися.

Були організовані численні дослідження різних варіантів ЗТ. Підсумки можна звести до кількох основних положень.

1. Програми підтримувальної ЗТ виявляють значну ефективність у зниженні частоти вживання нелегальних наркотиків, рівня кримінальної активності та рівня смертності серед СН (у тому числі і від передозувань), а також у зниженні рівня ВІЛ-інфікування.
2. Тривале лікування більш ефективне, ніж короткочасні курси.
3. Низькі дози метадону призводять до підвищеного ризику вживання нелегальних наркотиків і рецидивів.
4. Більш ефективними виявляються програми, що поєднують ЗТ із широким спектром додаткових послуг (соціальна допомога, допомога психолога, консультування інших фахівців, полегшений доступ до інших видів медичної і соціальної допомоги).
5. Утримання клієнтів у програмі підтримувальної терапії метадоном — 60—70 %, що набагато більше від аналогічного показника в безнаркотичних формах реабілітації (drug free programs).

6. Підтримувальне лікування помітно привабливіше для більшості СН, ніж існуючі програми реабілітації, засновані на іншому підході.

7. ЗТ демонструє значну економічну ефективність, що перевершує всі інші види лікування. Це робить її доступнішою для максимальної кількості СН навіть у країнах з обмеженими ресурсами. Сама вартість препарату вкрай низька. Так, наприклад, вартість метадону на річний курс лікування одного пацієнта може становити 60—80 доларів на рік.

Однак ЗТ має і свої обмеження. Насамперед сьогодні вона є придатною тільки для споживачів опіатів і не-ефективна у випадку залежності від інших наркотиків (кокаїну, амфетамінів, галюциногенів, барбітуратів).

Вона не рятує пацієнта від синдрому опіоїдної залежності, а лише видозмінює цей синдром таким чином, що більшість негативних наслідків вживання нелегальних наркотиків може бути зведена до мінімуму.

Політичні аспекти організації ЗПТ

Незважаючи на доведену ефективність введення ЗТ, у різних країнах часто доводиться зіштовхуватися зі спротивом державних діячів і деяких політиків. Найбільшу критику викликало тривале призначення наркотичного препарату пацієнтові. Деякі високопосадовці вважали це чимось на кшталт «легалізації» наркотиків. Проте під впливом неспростованих фактів, що свідчать про ефективність ЗТ, ці програми широко застосовувались у багатьох країнах, і основні суперечки тепер ведуться не з приводу того, використовувати ЗТ чи ні, а яка її модель і метод організації є найефективнішими.

У контексті все більшої загрози, яку для нашого суспільства становить поширення ВІЛ/СНІД, треба додати, що, згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у країнах, де епідемія розвивається в першу чергу серед СН, лікування наркозалежності, зокрема замісна терапія, виявляється одним із найбільш ефективних засобів профілактики поширення ВІЛ/СНІД та необхідною передумовою для масивного впровадження антиретровірусної терапії. ЗТ є ефективним інструментом для забезпечення прихильності до лікування. Вона дозволяє утримувати на лікуванні споживачів наркотиків, використовувати методику лікування під безпосереднім наглядом (DOT) та попередити розвиток резистентності ВІЛ до антиретровірусних препаратів унаслідок їх нерегулярного застосування.

ПОЛІТИКА

Спільна позиція Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Управління ООН з наркотиків і злочинності (УООННЗ) і Об'єднаної програми ООН зі СНІД (ЮНЕЙДС): замісна підтримувальна терапія у лікуванні пацієнтів з опіоїдною залежністю й у профілактиці ВІЛ-інфекції та СНІД, 2004 р. (скорочений варіант, з повною версією можна ознайомитися на сайтах: http://www.who.int/substance_abuse/, <http://www.unodc.org/>, <http://www.unaids.org>)



Опіоїдна залежність (складний стан, який часто потребує тривалого лікування та догляду) пов'язана з великим ризиком інфікування ВІЛ у разі ін'єкційного введення опіоїдів з використанням інфікованих інструментів. Лікування наркотичної залежності сприяє суттєвому покращанню благо-

получчя, соціальної активності людей з опіоїдною залежністю, а також попередженню серйозних медичних та соціальних наслідків, включаючи інфікування ВІЛ. Оскільки не існує єдиного методу лікування, ефективного для всіх індивідів з опіоїдною залежністю, має бути доступним досить широкий спектр різноманітних методів.

Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ⁵) — один із найбільш ефективних методів лікування опіоїдної залежності. За його допомогою можна зменшити значні витрати, спричинені опіоїдною залежністю, для самих індивідів, їхніх родин та для суспільства загалом — переважно завдяки скороченню вживання героїну, зменшенню кількості пов'язаних із цим смертельних випадків та випадків поведінки з високим ризиком інфікування ВІЛ, а також зниженню рівня злочинності. ЗПТ — найбільш прийнятний для населення метод лікування пацієнтів з опіоїдною залежністю та профілактики інфікування ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків.

Організацію ЗПТ — із врахуванням результатів наукових досліджень, за умови забезпечення практичної підготовки фахівців та їх акредитації — слід вважати

важливим варіантом вибору серед можливих методів лікування в районах з високою поширеністю опіоїдної залежності, особливо там, де внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків їх споживачі наражаються на ризик інфікування ВІЛ та іншими вірусами, які передаються через кров.

ЗПТ — один із найефективніших видів фармакологічного лікування опіоїдної залежності. У результаті численних контрольних випробувань, широкомасштабних лонгітудинальних досліджень і оцінок програм отримані дані про те, що завдяки застосуванню цього методу звичайно істотно скорочується вживання заборонених опіоїдів, знижуються рівні злочинності і смертності внаслідок передозування, а також зменшується кількість випадків поведінки з високим ризиком інфікування ВІЛ.

Призначення замісної терапії і видача опіоїднозалежним особам опіоїдних агоністів для вживання — у рамках офіційно визнаної медичної практики, затвердженої компетентними органами — не суперечить положенням Конвенцій 1961 і 1971 рр. про наркотичні і психотропні речовини.

Метадон — синтетичний опіоїд, що зазвичай вживають перорально у рідкому вигляді. Саме цей препарат найчастіше застосовується для замісної терапії опіоїдної залежності. Метадонова підтримувальна терапія — широко і добре вивчений метод лікування. У результаті досліджень і моніторингу наданої допомоги отримані переконливі дані, що засвідчують: ЗПТ метадоном (метадонова підтримувальна терапія) ефективно сприяє скороченню вживання заборонених наркотиків, зниженню рівня смертності й ризику поширення ВІЛ.

При метадоновій підтримувальній терапії рідко виникають побічні ефекти і, як правило, спостерігається значне поліпшення показників стану здоров'я.

Серед тих, хто вдається до такої терапії, близько 75 % осіб добре реагують на неї.

Однак метадон підходить не всім людям з опіоїдною залежністю.

Важливо, щоб для цієї групи пацієнтів були доступними інші методи, що сприятиме позитивному результату їхнього лікувального процесу.

За тривалістю утримання осіб з опіоїдною залежністю у лікувальній програмі і скороченням вживання героїну ЗПТ більш ефективна порівняно з відсутністю лікування, із плацебо та з детоксикацією,

⁵ У цьому документі під терміном «замісна підтримувальна терапія» мається на увазі метод лікування, що відповідає таким критеріям: речовини, що використовуються для замісної терапії, були ретельно досліджені та оцінені; лікування проводять фахівці, які пройшли акредитацію в рамках офіційно визнаної медичної практики; здійснюється належний клінічний моніторинг.

яка використовується як окремий метод лікування.

Смертність серед осіб з опіоїдною залежністю, які одержують підтримувальну метадонову терапію, становить 25—33 % аналогічного показника серед не охоплених подібною програмою.

У вагітних жінок, яким надається ЗПТ, рідше виникають ускладнення (як для матері, так і для плоду) порівняно з не охопленими терапією.

Серед споживачів наркотиків перед залученням їх до лікувальної програми зареєстровані дуже високі показники злочинної діяльності, які, однак, після року метадонкової підтримувальної терапії знижуються майже удвічі. Найсприятливіші результати отримані в процесі лікування й одразу по завершенні курсу. Однак значне поліпшення зберігається також протягом кількох років після припинення лікування. Особливо помітно знижуються показники, пов'язані зі злочинною поведінкою, спричиненою наркотиками.

Лікування ефективно сприяє скороченню вживання заборонених опіоїдів, а також зумовлених ним медичних і соціальних витрат.

Воно обходиться набагато дешевше від альтернативних варіантів, наприклад, узагалі не лікувати осіб з опіоїдною залежністю або ж ув'язнювати їх.

Згідно з деякими оцінками, кожен долар, вкладений у програми лікування опіоїдної залежності, може зберегти до чотирьох-семи доларів тільки завдяки таким факторам, як зниження втрат, заподіяних злочинністю, пов'язаною з наркотиками, і спричинених крадіжками й пограбуваннями. Відбудеться також скорочення витрат на карне судочинство.

Якщо врахувати економію коштів при наданні медичної допомоги, то загальна економія може перевищити витрати в співвідношенні 12 : 1.

Замісна терапія в Україні з огляду на законодавство (скорочений варіант)

М. Ігнатів — канд. мед. наук, заступник директора Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;

В. Штенгелов — канд. мед. наук, голова відділу наркології Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології;

Л. Власенко — заступник головного лікаря Дніпропетровського обласного наркологічного диспансеру

В Україні діє законодавство стосовно обігу наркотиків, яке, у свою чергу, відповідає міжнародним документам, підписаним Україною, а саме:

- Єдиній конвенції про наркотичні засоби (30.03.61);
- Конвенції про психотропні речовини (21.02.71);
- Конвенції Організації Об'єднаних Націй про бороть-

бу з незаконним обігом наркотичних засобів і психотропних речовин (20.12.88);

- Декларації про боротьбу з незаконним обігом наркотиків і зловживанням наркотичними засобами (04.12.84).

Аналіз міжнародних документів дозволяє виділити два основних напрями політики попередження розповсюдження наркотиків і їх немедичного вживання.

1. Рішуча і тверда боротьба з незаконним обігом наркотиків, з їхнім нелегальним ринком. Сюди можна віднести систематичне нарощування міжнародних зусиль із контролю за потоками наркотиків, розробку і запровадження різних розвідувальних та охоронних систем на всіх видах транспорту, проведення пошукових, оперативних заходів тощо.
2. Гуманізація ставлення до осіб, які страждають на наркотичну залежність. Рекомендуються різні види заміни карного переслідування лікуванням, розробка і вживання реабілітаційних і профілактичних заходів щодо наркозалежних.

Дійовим фактором уніфікації міжнародного контролю за наркотичними засобами є розробка і впровадження на міжнародному рівні переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів з особливим режимом контролю (залежно від занесення речовин до того чи іншого переліку). Цей захід практично визначив національну регламентацію обігу наркотиків, занесених до переліку.

Характерною рисою законодавчого регулювання питань, пов'язаних з наркотиками в Україні, як і в багатьох інших країнах, є те, що відповідні законодавчі норми розпорознені по нормативних актах, які відносяться до різних галузей права. У цілому це нормативно-правове поле складається з:

- спеціальних законів, які регулюють застосування всіх або окремих видів наркотичних засобів;
- законів, постанов уряду й нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я;
- норм кримінальних та адміністративних кодексів;
- професійних кодексів або інструкцій, які регулюють поведінку окремих груп фахівців (лікарів, фармацевтів та ін.);
- нормативно-правових актів стосовно оптової або роздрібною торгівлі наркотичними засобами;
- промислових і транспортних нормативно-правових актів (хімічна і фармацевтична промисловість, перевезення наркотиків);
- митних кодексів та нормативних актів у цій сфері.

Основними законодавчими актами у сфері контролю за наркотиками в Україні є:

- Закон України «Про обіг в Україні наркотичних за-

собів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» (№ 61/95-ВР від 15.02.95) (у редакції Закону № 863-XIV (863-14) від 08.07.99);

- Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» (№ 63/95-ВР від 15.02.95);
- Закон України «Про внесення змін і доповнень до деяких законодавчих актів України в зв'язку з прийняттям Закону України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» та Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» (№ 65/95-ВР від 15.02.95);
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у лікувально-профілактичних закладах та установах» від 7 лютого 2001 р. № 106;
- а також відповідні статті Кримінального і Кримінально-процесуального кодексів України.

Одне з центральних положень Закону України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» стосовно замісної терапії викладене у статті 10: «Діяльність, пов'язана з використанням наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до таблиць II, III Переліку, допускається лише з метою застосування в медичній практиці або для науково-дослідної роботи чи в навчальних цілях та інших цілях, передбачених цим Законом. ...Лікувально-профілактичні заклади та установи усіх форм власності здійснюють діяльність, пов'язану з придбанням, перевезенням, зберіганням, відпуском, використанням наркотичних засобів, психотропних речовин, включених до таблиць II й III Переліку, та прекурсорів, включених до таблиці IV Переліку, у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України».

Таким чином, із цитованого постає необхідність додаткових нормативно-правових актів для втілення положень законів. Система охорони здоров'я при застосуванні наркотичних засобів керується такими основними підзаконними актами:

- Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у державних і комунальних установах охорони здоров'я України (наказ МОЗ України № 356 від 18.12.97. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 03.02.98 р. за № 67/2507. Зміни: див. наказ МОЗ № 138 від 04.06.1999 р.);
- Про затвердження Переліку наркотичних засобів,

психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, що підлягають спеціальному контролю відповідно до законодавства України (наказ Комітету з контролю за наркотиками при МОЗ України № 7 від 23.03.98);

- Уніфіковані стандарти наркологічної допомоги населенню в лікувально-профілактичних установах України (наказ МОЗ України № 226 від 27.07.98 р.);
- Про порядок виписування рецептів та відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек (наказ МОЗ України № 117 від 30.06.94 р.);
- Про затвердження Переліків наркотичних засобів та психотропних речовин, про внесення змін та доповнень до наказу МОЗ України від 30.06.94 № 117 «Про порядок виписування рецептів та відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек» (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 вересня 1995 р. № 172).

Жоден із цих документів не забороняє замісної терапії, і можна зробити висновок, що її призначення і проведення входить до компетенції фахівців-медиків і, отже, не може вважатися незаконним, як і будь-яке інше призначення ліків. Згідно з «Переліком наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, що підлягають спеціальному контролю відповідно до законодавства України» (23.03.98), у лікарській практиці (а отже, і для цілей замісної терапії) можуть використовуватися наркотичні речовини, занесені до таблиці 2. З опіатів до неї увійшли: кодеїн, морфін, бупренорфін, метадон. Заборонений для використання в медицині героїн занесений до таблиці 1, але треба визнати, що замісна терапія героїном не є розповсюдженою і проводиться більше з дослідницькою метою.

Таким чином, призначення основних препаратів замісної терапії (метадон і бупренорфін) з лікувальною метою не суперечить законодавству України. Більше того, замісна терапія увійшла до «Уніфікованих стандартів наркологічної допомоги населенню в лікувально-профілактичних установах України» (наказ МОЗ України № 226 від 27.07.98 р.). У лікувальних комплексах № 6 і № 7 передбачене призначення замісної терапії особам, залежним від опіатів, за індивідуальною схемою, причому препарат-замінник не уточнюється, і, отже, лікар має право використовувати будь-які з доступних ліків, що замінюють опіати, з тих, що включені в уже згадані нормативні акти.

Спеціальне дослідження М. Ігнатова, В. Штенгелова та Л. Власенко, яке подано вище, було проведене у 2001 р. і тому не враховує низки документів, що з'явилися пізніше. Зокрема, 30 листопада 2001 р. Урядова комісія

з питань боротьби з ВЛІ/СНІДом прийняла рішення про сприяння проведенню програм лікування хворих на наркоманію з використанням замісної терапії неін'єкційними препаратами.

Національна програма профілактики ВЛІ-інфекції/СНІДу на 2001—2003 роки, затверджена Кабінетом Міністрів України 11 липня 2001 р. за № 790, у своєму 36-му пункті прямо передбачає: «Започаткувати введення замісної терапії з метою зменшення ризику інфікування споживачів ін'єкційних наркотиків ВЛІ та збудниками інших трансфузійних інфекцій». У березні 2004 року Кабінет Міністрів України своєю постановою затвердив 5-ту Національну програму забезпечення профілактики ВЛІ-інфекції, допомоги та лікування ВЛІ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004—2008 роки, у якій передбачено реалізацію програм замісної терапії (пункт 12). У 2003 році МОЗ затвердив план заходів із впровадження компонента з лікування за програмою Глобального фонду, де одним із пунктів було проведення замісної терапії в Україні. Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003—2010 роки» № 877 від 4 червня 2003 року пунктом 26 передбачено: «Забезпечити вивчення вітчизняного досвіду роботи із застосу-

вання методик «замісної терапії» для лікування та соціальної реабілітації осіб, хворих на наркоманію». 1 грудня 2003 року відбулися парламентські слухання, у результаті яких було прийнято постанову «Про рекомендації парламентських слухань на тему: «Соціально-економічні проблеми ВЛІ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання» від 3.02.2004 р., у пункті 12-му якої планується прискорити запровадження в широку практику замісної терапії, ефективність якої підтверджено світовим досвідом. У квітні 2003 р. Державний фармакологічний комітет зареєстрував метадон в Україні як засіб лікування опіоїдної наркозалежності. У 2004 р. Всеукраїнська наркологічна асоціація розробила методичні рекомендації «Використання замісної терапії метадоном у лікуванні та реабілітації хворих з синдромом залежності від опіоїдів». Вони затверджені Українським центром наукової медичної інформації та погоджені з Департаментом організації медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я 17-го лютого 2004 р.

Таким чином, якщо в дослідженні робиться висновок, що в Україні немає законодавчих перешкод до запровадження замісної терапії, то на сьогодні існує низка нормативно-правових актів законодавчої та виконавчої влади, що прямо вказують на необхідність її застосування у практику.

ПРАКТИКА

Сьогодні у світі до програм замісної терапії залучено понад 600 тисяч клієнтів. Найбільша їх кількість у США — близько 200 тис., у країнах Європи — до 400 тис., в Австралії — 20 тис. Останнім часом замісну терапію почали застосовувати країни Східної Європи і новостворені держави колишнього СРСР. Сьогодні замісна терапія застосовується в Литві, Латвії, Естонії і Киргизстані. На часі пілотні програми в Казахстані, Грузії, Білорусі. Замісна терапія довела свою ефективність у країнах із найрізноманітнішою культурою й економікою. Підтримувальне лікування з успіхом проводять у країнах Азії: Ірані, Китаї, Таїланді.

Стан справ із наркотиками в Європейському Союзі та Норвегії

(дані Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркозалежності, звіт за 2003 р.

http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national_reports.shtml)

Кількість осіб, які отримували замісну терапію метадонем	Зміна, в %		
	1997/1998	2001/2002	
Бельгія	6 617	7 000	5.8
Данія	4 298	4 937	14.9
Німеччина	45 300	49 300	8.8
Греція	400	1 060	165.0
Іспанія	51 000	78 806	54.5
Франція	53 281	85 757	61.0
Ірландія	2 859	5 865	105.1
Італія	77 537	86 778	11.9
Люксембург	931	1 007	8.2
Нідерланди	13 500	13 500	0
Австрія	2 966	5 364	80.8
Португалія	2 324	12 863	453.5
Фінляндія	200	400	100.0
Швеція	600	621	3.5
Великобританія	28 776	35 500	23.4
Норвегія	204	1 853	808.3
Усього	290 793	390 611	34.3

Таблиця показує, що загалом відзначається значне підвищення доступності програм замісної терапії. Упродовж 5 років кількість пацієнтів, які отримали замісне лікування метадонем, зросла на 34 %.

Стан справ із наркотиками в країнах, які щойно вступили до Європейського Союзу

(дані Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркозалежності, звіт за 2003 р.

<http://candidates.emcdda.eu.int>)

Перші (експериментальні) метадонові програми були розпочаті у Словенії (1990 р.), слідом за ними такі

програми з'явилися у Чехії (1992 р.) і Польщі (1993 р.). В інших країнах перші спроби впровадження метадону належать до пізнішого часу — початку 1995 р., — хоча в усіх країнах до 2001 р. вже існувала хоча б одна така програма. Водночас, за винятком Словенії, кількість програм обмежена і забезпечення ними залишається досить низьким. У Словенії метадонові програми задовольняють потребу в лікуванні приблизно 20 % кількості героїнозалежних осіб. У всіх інших країнах цей показник нижчий, від 5 % до 1—2 %. Це помітно відрізняється від показників країн ЄС, де в середньому близько 30 % героїнозалежних пацієнтів забезпечені замісною терапією.

Добре відомо, що ефективна лікувальна система для проблемних наркоспоживачів дозволяє домогтися позитивних результатів не тільки для самих наркозалежних, але також приносить значну користь усьому суспільству за рахунок зниження витрат, пов'язаних зі вживанням наркотиків, зокрема, пов'язаних з ними злочинності й інфекційних захворювань. Хоча деякі країни досягли вражаючого прогресу, загалом у більшості країн Східної і Центральної Європи необхідно істотно підвищити доступність і ефективність лікувальної допомоги для споживачів наркотиків.

Замісна терапія в Україні

Програма розвитку ООН запровадила проект «Права людини в дії», спрямований на захист прав найбільш уразливих груп, а саме: СН, жінок секс-бізнесу та людей, які живуть із ВІЛ/СНІД. Один із важливих складників проекту — сприяння практичному застосуванню замісної терапії для лікування опіоїдної наркозалежності в м. Києві та в Херсонській області. Препаратом-замінником був обраний бупренорфін для сублінгвального вживання з торговою назвою «еднок».

Роботу вели в кілька етапів. На першому було поінформовано зацікавлені сторони: лікарів-наркологів, лікарів центрів із боротьби з ВІЛ/СНІД, працівників відповідних управлінь охорони здоров'я та отримана їхня згода на запровадження замісної терапії у Київському міському центрі боротьби з ВІЛ/СНІД та Херсонському обласному наркодиспансері. Проблемою для Києва було те, що Центр СНІД не мав достатнього досвіду лікування опіоїдної наркозалежності, незважаючи на те, що близько 90 % ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, які лікуються у Центрі, мають проблеми з опіатами. Питання було вирішене шляхом створення робочої групи, до якої, окрім працівників Центру СНІД, увійшли співробітники Київської міської наркологічної лікарні «Соціотерапія». Від початку проекту йшлося не про окремих захід у вигляді нової технології «Замісна

терапія», а про всеосяжний підхід до ведення опіоїдної наркозалежності та ВІЛ/СНІД. Тобто до процесу лікування залучали фахівців з інфекційних хвороб, наркології, соціальної роботи, психології та консультантів з питань наркозалежності. Замісна терапія в цьому разі була лише одним з істотних елементів. Але завдяки йому стало можливим залучення достатньої кількості хворих та утримання їх у лікувальній програмі.

Другим етапом була розробка протоколу застосування еднокю та методичних рекомендацій щодо його використання. Цей протокол було розроблено на підставі методичних рекомендацій Всеукраїнської наркологічної асоціації та погоджено з лікарями-наркологами, які пройшли необхідний тренінг. Як ще одна частина цього етапу була організована ознайомлювальна поїздка учасників проекту до Вільнюса (Литва), де вони мали нагоду побачити в дії програму замісної терапії, яку розпочали 1998 р.

Після цього ПРООН оголосила тендер на закупівлю медичного препарату і на підставі тендеру обрала українську фармацевтичну компанію, яка має відповідну державну ліцензію на імпортування наркотичних речовин та роботу з ними в країні. Ця компанія закупила та ввезла еднокю до України.

Наступним етапом була допомога Херсонському наркологічному диспансеру та Київському міському центру СНІДу отриманні ліцензії на роботу із наркотичними засобами. Після виконання всіх вимог, передбачених наказом МОЗ № 356 від 18.12.97 р., відповідні ліцензії були отримані. Це стало підставою для того, щоб фармацевтична компанія передала препарат до лікувальних установ.

Паралельно інформували клієнтів проекту, тобто наркозалежних, та залучали до програми тих, які відповідають медичним критеріям відбору для замісної терапії. Цю роботу виконували громадська організація «Фонд «Мангуст» у Херсоні та Клуб «Еней» у Києві. Були розглянуті кілька десятків заяв від СІН. Ті, хто відповідав вимогам, сформульованим у протоколі лікування, у квітні 2004 року розпочали лікування. Застосування еднокю супроводжується відповідним медичним спостереженням, психологічним консультуванням та психотерапією.

Усі послуги, що надаються хворим, для них цілком безкоштовні.

Особливо необхідно наголосити: у процесі запровадження замісної терапії від самого початку налагодже-

ний науковий супровід з оцінки ефективності методу. У тісному співробітництві зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я та за її протоколами ведеться наукове спостереження; усі отримані дані фіксуються і незалежно від того, чи буде хворий далі лікуватися, чи ні, він перебуватиме під наглядом із метою з'ясувати, наскільки цей терапевтичний метод є корисним. Завдяки розвинутому партнерству використовуються також розробки проекту Міжнародного фонду «Відродження» щодо створення комп'ютерної мережі для об'єктивного моніторингу та оцінки ефективності лікування еднокю.

Зараз проект працює у Києві та Херсоні. Загалом лікування та підтримку отримали вже 63 хворих. Всі вони значно обмежили вживання нелегальних опіоїдів, а приблизно 60 % повністю відмовилися від наркотиків і перейшли тільки на медичний препарат. Дані клінічного спостереження свідчать, що лікування значно вплинуло на їхній медичний стан, зменшило більш ніж на половину ризиковану поведінку, майже усі вони змогли відмовитися від кримінальної активності. Остаточні висновки поки що робити зарано, оскільки збір та аналіз даних моніторингу триває, але цілком зрозуміло, що клієнти програми та їхні родини відчувають значне поліпшення стану і дуже сподіваються на те, що замісна терапія триватиме й далі.

Міжнародний фонд «Відродження» надав підтримку процесу державної реєстрації препарату «Метадону гідрохлорид» (одного з найефективніших засобів для проведення замісної терапії), а також підтримав проекти замісної терапії у 5 містах України, де розпочалися підготовчі роботи. Крім того, за сприяння Фонду було проведено дослідження законодавчих основ проведення замісної терапії в Україні (наведене у попередньому розділі), українські фахівці дістали змогу запозичити досвід Польщі та Литви (грудень 2002 року) щодо організації комплексних програм лікування споживачів ін'єкційних наркотиків.

Фахівці Фонду «Відродження» розглядають програми замісної терапії як надзвичайно потужний засіб подолання епідемії ВІЛ-інфекції в країні.

Виходячи з отриманого досвіду, вже можна зробити висновок: немає жодних підстав вважати, що в Україні є якісь особливі фактори, які суттєво відрізняють впровадження тут замісної терапії від інших країн Європи.

ДОСЛІДЖЕННЯ

Сучасні методи лікування наркоманії: огляд фактичних даних (ООН, 2003 р.)



Цей документ підготували за дорученням Секції зі скорочення попиту Програми Організації Об'єднаних Націй з міжнародного контролю за наркотиками д-р Томас Маклеллан (Інститут клінічних досліджень, Центр наркологічних досліджень, Університет штату Пенсильванія) і д-р Джон

Марсден (Національний наркологічний центр, Інститут психіатрії, Сполучене Королівство).

Метадон

Частина 3. Фактори реабілітаційно-протирецидивного етапу лікування, розділ «Фактори, які характеризують лікування», підрозділ «Фармакотерапія», «Застосування агоністів»

Щоденне введення дози метадону попереджує розвиток синдрому відміни приблизно на 24 години. З того часу, як були проведені попередні випробування у Нью-Йорку, лікування за допомогою цього препарату поширилося на інші райони США і впродовж трьох десятиліть докладно вивчалось на базі окремих чи одразу кількох установ американськими дослідницькими групами, а з відносно недавніх пір — дослідниками з багатьох інших країн. Завдяки цим зусиллям була створена велика міжнародна база даних з перорального підтримувального лікування метадоном, а також накопичений величезний обсяг дослідницьких матеріалів, що підтверджують його ефективність [1, 2]. Наприклад, як показало недавно проведене в Сполученому Королівстві когортне дослідження серед пацієнтів, які зловживали героїном і пройшли курс підтримувального лікування метадоном, у ході спостереження через півроку, рік та два роки після завершення лікування відзначалося стійке скорочення рівня зловживання героїном [3,4,5]. У дослідженнях робиться, зокрема, абсолютно однозначний висновок про те, що дозування метадону перебуває у пря-

мому зв'язку з рівнем зловживання героїном. Наприклад, як повідомили Лінг і співавтори, дозування в розмірі 100 мг на день більш ефективно, аніж 50 мг на день, що підтверджується висновками персоналу про загальне поліпшення стану пацієнтів і поліпшенням показника споживання наркотиків за результатами аналізу сечі [6]. У ході дослідження практики помірного (40—50 мг) і високого (80—100 мг) дозування метадону Стрейн і співавтори встановили, що частка тих, хто вживав нелегальні опіати, була значно нижчою серед пацієнтів, які отримували високу дозу метадону (52 відсотки проти 62) [7]. У ряді досліджень відзначається, що пацієнти, яким призначаються вищі дози (близько 50 мг на день і більше), більш схильні до того, щоб не припиняти лікування, і менш схильні продовжувати зловживання героїном [1, 8]. Наприклад, у ході рандомізованого обстеження пацієнтів, які отримували підтримувальне лікування метадоном з більш високим або менш високим дозуванням, було встановлено, що в групі пацієнтів з вищим дозуванням частка позитивних аналізів на опіати, за даними токсикологічних досліджень, становила 45 відсотків, а в групі з нижчим дозуванням — 72 відсотки [9]. У рамках аналогічного дослідження група Стрейна дійшла висновку, що режим більш високого дозування пов'язаний зі значним скороченням частки позитивних аналізів сечі на вміст опіатів, хоча на тривалість неперервного лікування він не мав істотного впливу [10].

Як загальний огляд результативності метадонового лікування Марш провела статистичний метааналіз 11 досліджень, у яких повідомлялося про незаконне споживання опіоїдів, 8 досліджень, у яких ішлося про форми поведінки, пов'язані з ризиком ВІЛ-інфікування, і 24 дослідження, у яких повідомлялося про зміни у сфері злочинності, пов'язаної з наркотиками [2]. Її огляд показав наявність статистично значимого взаємозв'язку між підтримувальним лікуванням і скороченням незаконного споживання опіатів, кількості вчинків, пов'язаних з ризиком ВІЛ-інфікування, а також майнових злочинів і злочинів, пов'язаних з наркотиками. Крік (Kreek) дійшов висновку, що підтримувальне лікування метадоном за умови відповідного дозування і наявності психологічного консультування, а також терапевтичної і психіатричної допомоги дозволяє домогтися неперервного лікування протягом одного року в 60—80 відсотків пацієнтів. При цьому частка пацієнтів, які припинили щоденно вживати незаконні опіати, становить 100 відсотків на момент початку лікування та майже 20 відсотків після закінчення одного року [11].

Література

1. J. C. Ball and A. Ross, *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment* (New York, Springer, 1991).
2. L. A. Marsb, «The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis» *Addiction*, No 93, 1998, pp. 515–532.
3. M. Gossop and others, «The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: six-month follow-up outcomes», *Psychology of Addictive Behaviors*, No. 11, 1997, pp. 324–337.
4. M. Gossop and others, «Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study», *Drug and Alcohol Dependence*, No. 62, 2001, pp. 255–264.
5. M. Gossop and others, «Patterns of improvement after methadone treatment: one year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)» *Drug and Alcohol Dependence*, No. 60 2000, pp. 275–286.
6. W. Ling and others «Methadyl acetate and methadone as maintenance treatments for heroin addicts», *Archives of General Psychiatry*, No. 33, 1976, pp. 709–720.
7. E. C. Strain and others, «Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence», *Annals of Internal Medicine*, No. 119, 1993, pp. 23–27.
8. E. C. Strain and others, «Methadone dose and treatment outcome», *Drug and alcohol dependence*, No. 33, 1993, pp. 105–117.
9. R. S. Schottenfeld and others, «Buprenorphine vs methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse», *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, No. 8 (1997), pp. 713–720.
10. E. C. Strain and others, «Moderate- vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial», *Journal of the American Medical Association*, vol. 281, No. 11 (1999), pp. 1000–1005.
11. M. J. Kreek, «Methadone-related opioid agonist pharmacology for heroin addiction: history, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine», *Annals of the New York Academy of Sciences*, No. 909, 2000, pp. 186–216.

ДУМКИ ЕКСПЕРТІВ

Поживне середовище для вірусу, або Чому не вдається розпочати лікування наркозалежних метадонам

Сергій Дворяк, канд. мед. наук, лікар-нарколог, експерт із питань лікування і догляду, керівник дослідницьких програм Всеукраїнської наркологічної асоціації

Один головний лікар — керівник обласного Центру профілактики і боротьби зі СНІД (не має значення, якої області) стверджував, що особисто він не вірить в існування спеціального вірусу, що викликає СНІД. Тобто профілактикою і боротьбою з хворобою він керує, але вірити — не вірить. Одним з основних аргументів у його арсеналі був той, що ВІЛ не висіяний на курячому ембріоні. А якщо так, то його і не існує. Не місце тут дискутувати щодо існування (чи неіснування) вірусу, від якого, за науковими оцінками, страждає приблизно 42 і померло (тільки за останніми даними) 3,6 мільйона людей на нашій планеті. Але все-таки хотілося б з цього красномовного епізоду зробити деякі висновки. Їх може бути щонайменше два. По-перше, немає такої фантастичної ідеї, яка б не могла спасти на думку людині, навіть якщо вона обіймає високу посаду з відповідними повноваженнями; і, по-друге, щоб вірус імунodefіциту людини безперешкодно розвивався, йому необхідний зовсім не курячий ембріон, а щось інше, що міститься в головах дуже багатьох людей. Наприклад, забобони; омани; застарілі стереотипи; страх і тривога, спричинені нецвтом; байдужість до чужого лиха; бажання контролювати все, що тільки можна, тощо. Іншими словами, психологічні чинники набагато важливіші за вірусологічні, коли мова заходить про формування національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні.

Ось уже кілька років в Україні не вдається реалізувати Національну програму профілактики ВІЛ-інфекції та СНІД в тій частині, де йдеться про запровадження замісної терапії для наркозалежних. На сьогодні у світі проведено понад 100 контрольованих досліджень, які присвячені медичному застосуванню метадону та інших препаратів-замінників. Усі вони підтвердили: замісна терапія зумовлює значне зниження ризикованої поведінки і її можна розглядати як засіб профілактики ВІЛ/СНІД. Адже якщо завдяки лікуванню людина перестає колотися, то в неї значно знижується ймовірність занедужати, оскільки основним шляхом передачі ВІЛ сьогодні в Україні залишається шприцевий. Заходи ж зі зниження ризику захворювання називаються профілактикою даного захворювання. Як мовиться: «Зупинімо СНІД, доки він не зупинив нас». Другий важливий аргумент на користь замісної терапії — сьогодні більшість хворих на СНІД, яким потрібна ВААРТ (високоактивна антиретровірусна терапія) — це ін'єкційні споживачі опіатів. Щоб їх лікувати, — а лікування для них буквально питання життя і смерті, — необхідно спочатку домогтися хоча б

мінімальної стабілізації їхньої поведінки. ВААРТ вимагає від пацієнта дисципліни і неухильного щоденного, щогодинного дотримання всіх розпоряджень лікаря, тобто відданості лікуванню. Досягти цього з хворим, який щоденно змушений через свою хворобу добувати дозу наркотику, практично неможливо. Отже, щоб забезпечити відданість лікуванню СНІД, потрібно спочатку допомогти людині впоратися з потягом до наркотику. Це досягається завдяки замісній терапії. У даному випадку ефект подвійний. У тому самому місці хворому видається і замісна терапія, і ВААРТ, причому немає жодних проблем з його явкою за ліками, оскільки потреба в наркотику гарантується природою хворобливого потягу. Ще одна важлива обставина на користь замісної терапії. Глобальний фонд боротьби зі СНІД, туберкульозом і малярією надав Україні грант на суму 92 млн доларів. Якщо протягом найближчого року вона не виконає узятих зобов'язань і не розпочне у повному обсязі лікування хворих на СНІД, то позбудеться близько 70 мільйонів, що просто не надійдуть до країни. А виконати зобов'язання можна буде лише за умов використання замісної терапії як передумови для забезпечення ВААРТ усіх, кому вона потрібна. Незважаючи на все це, навіть розпочати програми замісної терапії метадонам, не кажучи вже про те, щоб запровадити їх у достатньому обсязі по всій країні, так і не вдається. Причина — надзвичайно прискіпливий контроль обігу наркотиків, зокрема метадону. Хоча численними дослідженнями доведено, що пероральний, контрольований, організований у медичній установі регулярний прийом метадону значно знижує ступінь негативних наслідків опіатної наркозалежності, хоча лікування метадонам проводиться у всіх країнах Європейського Союзу, у тому числі й у тих, які нещодавно до нього увійшли (Польща, Словаччина, Литва та ін.), не кажучи вже про США і Канаду; незважаючи на те, що метадон почали застосовувати в тих місцях, де поки з лібералізмом і демократією справи просуваються не дуже швидко, а саме в Ірані, Китаї, Таїланді, застосування його в Україні продовжує зустрічати явний опір. Але, зверніть увагу, нелегальний метадон для ін'єкцій уже давно надходить на чорний ринок і до того ж у досить великій кількості. У результаті виникла зовсім парадоксальна ситуація: заходи з контролю за обігом медикаментів можуть перешкодити лікуванню, але поки не можуть зашкодити їхньому незаконному обігу. При цьому необхідно взяти до уваги, що всі міжнародні конвенції, спрямовані на заборону незаконного обігу наркотиків, передбачають їхнє використання для медичних цілей і декларують, що заборонні заходи не повинні заважати лікуванню.

Справедливості заради потрібно зазначити, що противники запровадження замісної терапії в практику є скрізь: і серед медиків, і серед широкої публіки, і навіть дехто з пацієнтів висловлює великі побоювання, що замісна те-

рапія ускладнить для них відмову від наркотиків у майбутньому. Але все-таки головну роль у встановленні бар'єрів на шляху застосування цієї медичної технології відіграють силові структури. Представники СБУ, зокрема, під час круглого столу, присвяченого цій проблемі, подали письмово свої заперечення у вигляді короткої аналітичної записки, що так і називається — «Попередні висновки СБУ стосовно метадонової замісної терапії: метадон — «за» і «проти».

Віддаючи належне послідовності, з якою шановне відомство відстоює свою позицію, необхідно сказати, що ніяких «за» в документі наведено не було. Утім, як і не було підпису автора(ів), посилань на наукові дослідження, цифр і, відверто кажучи, фактів. Були думки, оцінки і фантазії, а також підсумковий висновок «Ми проти». Були й дані, які відповідають дійсності з точністю до навпаки. Наприклад, у записці сказано: «...Країни Західної Європи відмовляються від метадонових програм». У той час як результати щорічного (2003 р.) офіційного звіту Європейського центру моніторингу засвідчують: кількість осіб у ЄС, які одержують метадон, за останні 3 роки зросла загалом на 34 %, а в деяких країнах, таких як Норвегія, — у 8 разів. І оскільки персональної полеміки в подібній ситуації не виходить, то ми б хотіли, звертаючись абстрактно до адресата, висловитися водночас цілком конкретно по суті цього надзвичайно важливого питання.

Отже, чому ми вважаємо, що впровадження замісної терапії є настільки актуальним, з одного боку, і що заважає цьому — з другого?

Перше. Україна перебуває сьогодні в епіцентрі епідемії ВІЛ/СНІД у Східній Європі. Кількість людей, які живуть із ВІЛ, за даними Міністерства охорони здоров'я, становить 65 495 осіб, тих, хто хворий на СНІД сьогодні, — 6 813, а тих, хто вже помер від цієї недуги, — 3 974. Але це тільки зареєстровані випадки. Якщо ми звернемося до розрахункових даних, що складаються за спеціальною методикою Об'єднаної програми з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС), то побачимо, що ВІЛ-інфікованих у країні — від 250 до 400 тис., а померлих від СНІД — близько 11 тис. Таким чином, не можна сказати, що поширення епідемії визначається скромними масштабами і немає чого бити на сполох.

Як і на початку епідемії, локомотивом її розвитку залишається ін'єкційне споживання наркотиків. Тобто заражаються люди найчастіше через шприци, що вони використовують спільно з іншими без попередньої дезінфекції. І хоча кількість інфікованих статевим шляхом з кожним роком дедалі зростає, ін'єкційний досі посідає перше місце. Особливо неблагополучним місцем є в'язниці. У місцях позбавлення волі, зі зрозумілих причин, доступ до чистих шприців дуже обмежений, і тому якщо з'являється можливість вжити наркотик, то одним інструментом колеться до 30 осіб (дані отримані методом проведення фокус-груп із СІН). Саме цим можна пояснити високий відсоток ВІЛ-інфікованих серед

ув'язнених — близько 7 %. Хоча потрібно врахувати і те, що близько 65—70 % осіб, які опиняються за ґратами, мають проблеми з наркотиками й алкоголем.

А скільки всього людей у нашому суспільстві страждає від наркозалежності чи просто вживає ін'єкційні наркотики? На це запитання є відповідь. Кількість осіб, за якими наркологічна служба веде спостереження у зв'язку з розвитком у них симптомів, викликаних зловживанням наркотичними речовинами, становить близько 85 тис. людей. Однак це ті, хто з низки причин звернувся за медичною допомогою, причому до державних установ. Ті ж, хто шукав її в приватних фахівців або звертався анонімно, до цієї кількості не увійшли. Крім того, багато хто вживає наркотики, але спеціальної допомоги не потребує. Вони, можливо, і не є суб'єктами наркологічної діяльності, проте представляють групу ризику з точки зору захворювання інфекційними хворобами, що передаються через кров (ВІЛ/СНІД і гепатити В та С). І таких у країні, як показують спеціальні соціологічні дослідження, 560 тис.

Таким чином, виходить, що подвійна епідемія ВІЛ/СНІД і наркоспоживання досягла такого рівня, що по-справжньому загрожує безпеці країни. За прогнозами, до 2010 року ми можемо мати більш як мільйон інфікованих і десятки тисяч померлих. Якби в результаті військових дій або атаки терористів суспільство зазнало таких втрат, це, напевно, стало б приводом оголосити загальну мобілізацію. У даному ж випадку, незважаючи на очевидну загрозу, саме структури, які відповідають за безпеку країни, виявляють дивовижну байдужість і бездіяльність.

На жаль (а може, на щастя), більшість наших громадян перебуває у щасливій впевненості, що ні наркотики, ні ВІЛ/СНІД не є їхньою персональною проблемою. Однак справа в тому, що більшість людей, які живуть із ВІЛ, не знають про це. А для багатьох батьків інформація про те, що їхній син або донька вживають наркотики, майже завжди звучить громом серед ясного неба. Але навіть якщо йдеться не про вашу дитину, а тільки про її товариша, однокласника чи сексуального партнера... Хіба це не привід вважати, що грім гримить десь поруч?

Друге. Альтернативи замісній терапії, по суті, немає. Дуже небагато поки що робиться для того, щоб зупинити розповсюдження наркотиків. Тут хотілося б зосередитися на питанні лікування. Не тому, що профілактику вважаємо неважливою, а тому, що знаємо: кваліфікована й ефективна профілактика не може бути налагоджена там, де не навчилися грамотно лікувати захворювання. Якщо в кількох містах, насамперед у Києві, організована кваліфікована допомога наркозалежним (при тому, що за умови відсутності адекватного фінансування доступ пацієнтів до лікування залишається обмеженим), то в більшості міст України хворі позбавлені сучасної, науково обґрунтованої лікувальної, а головне — реабілітаційної

підтримки. Деякі політики намагаються симулювати розв'язання проблеми будівництвом реабілітаційних центрів. Однак при цьому зовсім не враховуються економічні фактори і кількісні показники. Будь-який реабілітаційний центр із програмою, орієнтованою на повну відмову від наркотиків, не зможе ефективно пролікувати більш як 120—150 осіб за рік. Вартість же такого лікування становитиме не менше 2500—3000 грн. на одного пацієнта за місяць з урахуванням оплати його цілодобового утримання, роботи кваліфікованого персоналу, устаткування, медикаментів тощо. При цьому, як показують науково обгрунтовані розрахунки, залишаються наркобайджими і не повернуться до прийому наркотиків 25—30 % пацієнтів. І це в разі, якщо програма буде професійною і, відповідно, ефективною. Якщо ж ні — то відсоток вилікуваних буде ще меншим. Тепер порівняйте потреби. При кількості наркоспоживачів 560 тис. лікування потребує не менш як 40—50 тисяч хворих на рік. Якщо кожному з них ми маємо надати допомогу в реабілітаційному центрі і витратити на нього 8—9 тисяч гривень, оскільки тривалість лікування не повинна бути меншою за 3 місяці, то прості підрахунки показують: нам потрібно мінімум 300 таких реабілітаційних центрів із загальним бюджетом десь 1,3 мільярда (!) грн. Цей обсяг фінансування можна порівняти з бюджетом всієї медичної галузі, і, звичайно ж, узяти їх просто нізвідки. Не кажучи про те, що немає такої кількості фахівців, щоб обслуговувати ці центри. З іншого боку, застосування замісної терапії робить медичну допомогу і доступною, і ефективною. Використання метадону дозволяє значно поліпшити стан хворого при витратах, що у 7—8 разів менші, ніж для його лікування в реабілітаційному центрі. І ще один важливий аргумент на користь лікування. Вигоду від нього, як довели спеціальні дослідження, проведені у Європі, отримують не самі наркоспоживачі, а суспільство, оскільки значно зменшується прес соціально-економічних проблем, пов'язаних зі зловживанням наркотиками (фінансування лікарень, в'язниць, поліції тощо).

Ось кілька важливих цифр, що віддзеркалюють економічний бік питання:

Порівняльні показники витрат на одного наркоспоживача за рік (у дол.), зроблені на підставі спеціального дослідження Департаментом служб із питань хімічної залежності (DASA) і Національним інститутом вивчення наркозалежності (NIDA) США у 1991 р.

Без лікування, на вулиці	\$43 000
У в'язниці	\$43 000
У тривалій програмі, орієнтованій на відмову від наркотиків	\$11 000
У підтримувальній терапії метадоном	\$2 400

Відразу підкреслимо: застосування метадону не виключає реабілітації. Реабілітаційні центри мають існувати і надавати допомогу певному контингентові хворих. Ідеться про те, що тільки ними проблема не розв'язується

і що замісна терапія є дуже важливим доповненням до вже існуючих методів лікування опіоїдної залежності.

Третє. Ефективність і безпека замісної терапії добре доведені. Вона застосовується в усіх європейських країнах і впроваджується в країнах Азії (Китаї, Індонезії, Філіппінах, Таїланді, Киргизії). Кількість пацієнтів, що регулярно отримують, наприклад, метадон як терапевтичний засіб становить у Європі 400 тис., у США близько 200 тис., в Австралії 20 тис. За даними на 2002 рік, кількість метадонових пацієнтів (на 100 тис. населення віком від 16 до 60 років) становила у Великобританії, Бельгії, Італії, Ірландії й Іспанії від 96 до 206. У деяких країнах, наприклад у Німеччині, метадон призначають лікарі загальної практики. В Іспанії практично в усіх в'язницях існують метадонові програми тощо. У Плані дій ЄС щодо наркотиків одне з основних завдань формулюється як «істотне збільшення кількості успішно пролікуваних наркозалежних людей». Саме замісна терапія дозволяє досягти цього.

Четверте. Оскільки логічних і обгрунтованих науковими даними аргументів проти замісної терапії не існує, то виникає запитання: з чим же пов'язаний запеклий опір, який чинять загалом медичному за своєю суттю методу? Чому серйозні організації так активно виступають проти лікування наркозалежних і проти ефективної профілактики ВІЛ/СНІД? Існує щонайменше дві групи причин. По-перше, емоційні. Без сумніву, багато наших співгромадян у глибині душі не вважають наркозалежність хворобою. Вони переконані, що «наркоман — сам винний», що насправді потрібні тверді заходи і, як нещодавно у приватній бесіді висловився один полковник міліції: «Посадити б у наручники на півроку — уся б хвороба пройшла». До речі, може, і пройшла б. Відомо, наприклад, що у блокадному Ленінграді дуже багатьох хвороб не було. Сильний стрес іноді рятує від хвороб, але дуже вкорочує життя. На щастя, не так уже й багато можливостей застосовувати такі заходи залишилося в нашому суспільстві. Так от лихо, є громадяни, які дуже засмучуються, що не завжди можна застосувати наручники і подібні засоби впливу. Дуже б їм хотілося, щоб можна було все суспільство поділити на правильних і неправильних. І тим, хто неправильний (наприклад, споживачі наркотиків), залишити з усіх прав хіба що право дякувати керівництву за можливість працювати на примусових роботах. У глибині душі в багатьох є переконання, що найефективніший засіб — це заборона. І чим більше забороняти, тим кращим буде результат. А якщо результату немає — значить, заборона не досить тверда. Отже, її потрібно посилити.

Тим і відрізняється науковий підхід від підходу, що спирається на так званій здоровий глузд, що при науковому підході нічого не приймається за істину без доказів. А доказом є практика, досвід. Якщо підтвержено досвідом, що застосування замісної терапії зумовлює зменшення споживання

нелегальних наркотиків, зниження злочинності й поширення ВІЛ, то це достатня підстава, щоб дану терапію проводити. Але якщо емоції підказують, що все це «ліберальні дурниці», а насправді потрібно «тягнути і не пускати», то голос розуму буде майже нечутним. Замісна терапія — це своєрідний тест на визнання того факту, що наркозалежність — хвороба. Якщо ви переконані, що наркозалежного варто лікувати, то, як і в разі будь-якої іншої хвороби, ви залишаєте вирішення питання «Як лікувати?» за медичною корпорацією. Але якщо домінує переконання, що йдеться про злочинну поведінку, то, природно, на думку спадають силові засоби впливу.

За своєю суттю реабілітаційні програми орієнтовані на відмову від вживання наркотиків і за цією ознакою досить близькі до виховних заходів. Вони пропонують хворим відмовитися від хвороби. Замісна ж терапія приймає хворого таким, яким він є, полегшує його страждання і зменшує проблеми суспільства. Тобто не вчить жити, а просто допомагає. Саме з таким підходом і не можуть погодитися ті, хто вважає, що має право вчити і виправляти.

Відомий американський психолог Крік (Kreek) зі співавторами описав кілька соціально-психологічних причин, з яких люди не сприймають замісну терапію. У сучасному суспільстві домінують категоріями є конкуренція й автономія. Вживання наркотиків зумовлене протилежними якими: залежністю, пасивністю і пошуком задоволення. Через це такі риси особистості суспільство сприймає як вади і чимало людей піддаються спокусі змінити ці риси характеру хворого твердими заходами впливу. Однак проблема полягає в тому, що ці заходи не спрацьовують і в результаті ліки виявляються гіршими від хвороби.

Друга ж група причин — матеріальні. Не є таємницею, що наркоспоживачі багато в чому допомагають силовим органам: їх нескладно затримувати і за рахунок цього підвищувати показники розкриття правопорушень, вони не чинять серйозного опору при вимаганні грошей та привимозі співпрацювати. Крім того, напевно, є співробітники міліції, прямо зацікавлені у незаконному обігу наркотиків. Корупція у правоохоронній системі ні для кого не є секретом. Про це говорять на всіх рівнях, аж до найвищого. Враховуючи ці обставини, не завжди легко відповісти на запитання, чиї права захищають правоохоронні органи, так запекло чинячи спротив запровадженню медичного методу в медичну практику.

П'яте й останнє. Більшість професіоналів і представників міжнародних організацій — ВООЗ, ПРООН, ЮНЕЙДС — сходяться на тому, що однією з найсерйозніших проблем у сфері ВІЛ/СНІД є стигматизація і дискримінація, що їх відчувають на собі люди, інфіковані ВІЛ. На СНІД ця проблема лягає подвійним пресом. Вони в очах величезної кількості громадян є ізольованими і позбавленими права на співчуття. Навіть найбільш гуманістично налаштовані лікарі можуть сказати про якогось свого пацієнта зі СНІД: «Це ж треба, така гарна

людина, зовсім випадково занедужала, не зі своєї провини». При цьому не помічають, що той, хто вживав наркотики, уже автоматично віднесений до «винних», а отже, не заслуговує на співчуття й допомогу, у всякому разі не тією мірою, як «нормальний». Саме стигма з дискримінацією є обставинами, через які хвороба заганається в підпілля, криміналізується, а пацієнт фактично позбавляється медичної і соціальної допомоги. Коли наркозалежним, у супереч науковим даним і досвіду безлічі лікувальних закладів за кордоном, сьогодні відмовляють у кваліфікованій та ефективній допомозі, то це засвідчує той факт, що дискримінація в суспільстві існує і підтримується. Таким ставленням наше суспільство не тільки погіршує свої шанси зупинити епідемію ВІЛ/СНІД і зменшити шкоду, заподіяну вживанням наркотиків, а й розписується у своїй нецивілізованості та нездатності дотримуватися загальнолюдських гуманістичних принципів, що давно вже стали базовими для більшості європейських країн, на єдність з якими ми поки ще продовжуємо претендувати.

На закінчення хочу пригадати одну давню історію. У ХІХ столітті в Петербурзі жив дуже знаменитий лікар на ім'я Федір Гааз. Він був німець за походженням, але майже все життя прожив у Росії і прославився не тільки медичними досягненнями, а й винятковими звершеннями на ниві благодійності. Він лікував жебраків, будував притулки, допомагав сиротам тощо. І все-таки в історії Російської імперії він залишився як людина, яка змінила кайдани. Ті самі кайдани, котрі носили на ногах тисячі і тисячі російських каторжників. Більш радикальні діячі, звичайно ж, вимагали скасувати кайдани взагалі, але при цьому вони нічого не домоглися. Натомість доктор Гааз витратив чимало років на те, щоб здолати опір царської бюрократичної машини і забезпечити людей полегшеними ланцюгами, які не так травмували тіло. На цьому прикладі добре помітна різниця в ментальності західних людей, які прагнуть знайти компроміс і зменшити шкоду, у той час як слов'янська душа рветься до максималізму і вимагає одразу всього.

Замісна терапія не вирішує проблему наркоманії, але вона дуже полегшує тягар проблем, пов'язаних з нею. Спроби ж «вилікувати» наркозалежних ведуть поки що тільки до збільшення проблем і ніяк не допомагають у їх розв'язанні.

Схоже, настав час усе-таки наважитися і вибрати з двох зол... хоча б не обидва.

Програми замісної терапії

А. Вієвський, канд. мед. наук, головний нарколог МОЗ України, президент Всеукраїнської наркологічної асоціації, головний лікар Київської міської наркологічної лікарні «Соціотерапія»

Питання широкого розповсюдження й організації адекватних програм допомоги особам з наркотичними проблемами в Україні є не тільки нагальним, а й відіграє суттєву роль

у зв'язку зі значним рівнем ВІЛ-інфікованості наркозалежних. Домінантною формою наркотичної поведінки цих контингентів при вживанні наркотиків є ін'єкційний варіант введення наркотичних речовин (переважно опіатів). Саме це визначає важливу роль заміників опіатів (бупренорфіну, метадону та інших) при організації адекватних лікувальних програм, їхнє велике лікувальне значення як для проведення детоксикації, так і для довгострокових програм замісної терапії, які дозволяють вивести пацієнта з соціально неблагополучних і наблизити до здорових прошарків суспільства.

Сьогодні в Україні для проведення детоксикації в осіб з наркотичними проблемами використовуються різноманітні препарати, у тому числі бупренорфін, який за своєю фармацевтичною дією є відомим у світі заміником опіатів. У кількох містах організовані програми замісної терапії з бупренорфіном, що використовують його в ін'єкційній формі. З точки зору корекції поведінки, такі програми не є достатніми, оскільки одним із головних завдань замісної терапії є допомога пацієнтові у зміні поведінки з ін'єкційної на неін'єкційну. Новим етапом розвитку замісної терапії стала пілотна програма ПРООН, розглянута вище.

Вживання наркотичних речовин давно вже перетворилося із суто медичної на велику соціальну проблему, насамперед через криміналізацію наркоспоживачів, а також через ризик інфікування ВІЛ та іншими інфекціями, що передаються через кров. Саме цей ризик протягом останніх кількох років викликає особливу тривогу в суспільстві, оскільки тенденція сероконверсії для СІН залишається дуже високою, тобто з часом все більше їх стає ВІЛ-інфікованими (серопозитивними). Так, наприклад, за даними вторинного епідагляду, у деяких регіонах України понад 60 % споживачів ін'єкційних наркотиків є ВІЛ-позитивними.

Незважаючи на те що останнім часом в Україні все частіше з'являються кокаїн та синтетичні стимулятори, понад 90 % зареєстрованих наркозалежних страждають саме на опіїдну залежність. Найбільш поширеним нелегальним опіатом в Україні є ацетильований екстракт макової соломки, який виготовляють кустарним способом і вживають виключно шляхом внутрішньовенних ін'єкцій. Вітчизняний та світовий досвід лікування опіїдної залежності свідчить, що тільки чверть хворих здатна утримуватися від вживання наркотиків тривалий час (1 рік чи більше). Решта або взагалі ухиляється від лікування, або невдовзі після нього повертається до зловживання наркотиками, що зумовлює високий рівень кримінальної активності і подальше поширення ВІЛ-інфекції, гепатитів.

ВООЗ визначила кілька основних принципів профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, які споживають ін'єкційні наркотики. Одним із них є надання СІН можливості отри-

мувати замісну терапію. Багаторічні дослідження, проведені у Сполучених Штатах та Західній Європі, підтвердили: замісна терапія метадонем є дуже ефективною у лікуванні та реабілітації хворих на опіїдну залежність. ВООЗ також розглядає цей вид лікування як профілактику ВІЛ/СНІД серед СІН і пропонує застосовувати його особливо тим країнам, де основним шляхом поширення інфекції є ін'єкційний, а основна уражена група — СІН.

Впровадження програм замісної терапії в Україні підтримується значною кількістю документів виконавчої влади, у тому числі і спрямованих на подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні. Територіальні наркологічні заклади, а також територіальні установи, що працюють з проблемою ВІЛ/СНІД, будують програми замісної терапії саме на цій основі. Галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу наркологічної допомоги передбачають організацію програм замісної терапії з використанням згаданих препаратів.

Впровадження програм замісної терапії метадонем є однією з умов надання коштів Україні Глобальним фондом на лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Міністерство охорони здоров'я України затвердило розроблені фахівцями в галузі наркології методичні рекомендації «Використання замісної терапії метадонем у лікуванні та реабілітації хворих з синдромом залежності від опіїдів». Водночас впровадження програм замісної терапії вимагає чіткого регламентованого порядку щодо контролю за обліком, призначенням, списанням тощо. Ці питання перебувають у компетенції Комітету з контролю за наркотиками МОЗ України. Але поки що він ігнорує цю роботу, не висловлюючи офіційно своєї позиції, хоча йдеться про пілотний проект, який спочатку планується тільки для ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків як з метою профілактики передачі ВІЛ ін'єкційним шляхом, так і забезпечення дотримання режиму лікування, боротьби з незаконним обігом наркотиків та скорочення нелегального попиту на них.

Метадонова замісна терапія хворих на наркоманію

В. Пелінас

Оскільки противники запровадження замісної підтримувальної терапії найчастіше апелюють до того факту, що в Російській Федерації даний метод залишається забороненим, ми вважали доцільним включити до нашої добірки статтю відомого вченого, професора, психіатра, завідувача відділу НДІ наркології Міністерства охорони здоров'я РФ Володимира Пелінаса. Друкується зі скороченнями. Повний текст можна знайти на сайті <http://www.narcom.ru/law/system/57.html>

Говорячи про замісну терапію хворих на наркоманію, слід із самого початку зробити кілька пояснень. По-пер-

ше, потрібно мати на увазі, що сьогодні замісна терапія застосовується тільки стосовно хворих на опійну наркоманію. Для хворих, залежних від інших наркотиків, відповідна технологія не розроблена, і дослідження в цьому напрямі, наскільки нам відомо, не ведуться.

По-друге, практично йдеться про замісну терапію метадонном. Ця методика має досить тривалу історію, великий обсяг літератури і широко розповсюджена. Існують також інші препарати (бупренорфін, кодеїн, LAAM та ін.), які підходять для замісної терапії і застосовуються у різних країнах (бупренорфін, наприклад, широко використовується у Франції і деяких країнах Азії), але методики із застосування цих препаратів коштують дорожче, ніж із застосування метадону, і гірше вивчені. Тому розглянемо саме замісну терапію метадонном хворих на опійну наркоманію, переважно героїноманів.

По-третє, вітчизняний досвід замісної терапії метадонном відсутній; тому всі експертні судження з цього приводу в Росії ґрунтуються на інформації із закордонних джерел.

Замісна терапія метадонном хворих на опійну наркоманію (з усіма своїми позитивними і негативними аспектами) в усьому світі, за винятком Росії і деяких інших країн пострадянського простору, давно перетворилася з дискусійної проблеми на рутинну практику. Сьогодні йдеться не про підтримку ідеї замісної терапії якимись організаціями чи особами, не про спонтанне застосування методу окремими установами чи навіть окремими національними системами охорони здоров'я. Йдеться про офіційні рекомендації найавторитетніших міжнародних організацій щодо розширення практики застосування замісної терапії метадонном у опійних наркоспоживачів. Насамперед у тих із них, хто вводить наркотики шляхом ін'єкцій, і передусім з метою профілактики ВІЛ-інфікування їх, а також з метою підвищення доступності для них лікування від наркоманії.

У 1998 р. Європейське бюро ВООЗ опублікувало документ «Принципи профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотики». У передмові до цього видання директор ЄБ ВООЗ писав: «Усвідомлюючи необхідність надання допомоги країнам, у яких швидко розвивається епідемія ВІЛ-інфекції, ВООЗ (у співробітництві з Об'єднаною програмою ООН зі СНІД — ЮНЕЙДС — і Радою Європи) підготувала цей документ, у якому на основі існуючих у світі прикладів результативної практики сформульовані основні принципи ефективної профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, які вводять наркотики шляхом ін'єкцій». Далі в документі йдеться про п'ять таких принципів:

- Інформаційна робота й освіта.
- Забезпечення легкої доступності соціальних служб і служб охорони здоров'я.
- Активна робота серед осіб, які вводять наркотики шляхом ін'єкцій (ОВНШІ).

- Забезпечення ОВНШІ стерильними ін'єкційними інструментами і дезінфікуючими матеріалами.

- Надання ОВНШІ можливості отримувати замісну терапію. Ці принципи, за рекомендацією ВООЗ, мають застосовуватися комплексно в рамках загальної національної стратегії щодо наркотиків і національних програм зі СНІД.

Стосовно 5-го принципу в документі ВООЗ зазначається: «Замісна терапія повинна бути доступною в умовах медичного спостереження для осіб, які вживають опіоїди і залежні від них, як засіб заміни легальним наркотиком (зазвичай вживається усередину) нелегального наркотику (зазвичай вводиться шляхом ін'єкцій). Така терапія повинна бути одним із компонентів роботи служб надання всебічної медичної і соціальної допомоги». Далі в документі наводяться підстави для такої відповідальної рекомендації: «Призначення залежним від опіоїдів особам замісної терапії в умовах медичного спостереження дозволяє знизити ризик передачі ВІЛ-інфекції, ризик передозування, частоту випадків кримінальної поведінки, поліпшує соматичне і психічне здоров'я цих осіб, а також їхнє соціальне і трудове функціонування, і спонукає осіб, які вживають наркотики, звертатися до терапевтичних служб. Невиправдано обмежувальні критерії для включення в програми замісної терапії є непродуктивними у плані профілактики ВІЛ-інфекції».

У «Декларації відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІД», прийнятій резолюцією Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН № 26/2 від 27 червня 2001 року, серед інших важливих рекомендацій є також пункт про необхідність розвитку програм щодо зменшення шкоди від вживання наркотиків. Як відомо, вони передбачають три стани: а) профілактична інформація; б) забезпечення доступу СІН до стерильного ін'єкційного інструментарію; в) забезпечення можливості одержання СІН замісної терапії.

Однак, незважаючи на настільки авторитетні рекомендації і широку практику застосування замісної терапії метадонном в усьому світі, ставлення до цього методу в деяких країнах, зокрема Російській Федерації, залишається негативним. Очевидно, у цьому проблемному питанні переплелися медичні, юридичні і політичні погляди, традиції, стереотипи минулих років — і в результаті раціональному й конструктивному підходу перешкоджає ідеологічна упередженість. Інше пояснення важко знайти. Характерно, що саме в країнах Східної Європи впровадженню замісної терапії передувала бурхлива і тривала громадська дискусія, тоді як в інших країнах цей процес відбувався значно спокійніше. Відомий фахівець у галузі соціальної наркології і знавець обговорюваної проблеми Мішель Ферел справедливо зазначив: «В основі дискусій з цього приводу — світоглядні установки, незалежно від того, які проблеми обговорюються — медичні, релігійні чи філософські. Як правило, негативне ставлення у таких випадках не змінюється навіть за наявності конкретних фактів про ефективність замісної терапії».

Нині наша країна перебуває на межі катастрофи, епідемія ВІЛ/СНІД в Україні має найвищі темпи поширення в усій Європі. Епідемію не можна зупинити, спираючись на забобони та невігластво. Єдиний шлях для України сьогодні — негайне застосування найкращих практик профілактики та лікування. Поряд з високоактивною антиретровірусною терапією (ВААРТ) для ВІЛ-інфікованих це також і замісна терапія для наркозалежних, зокрема замісна терапія із застосуванням метадону та бупренорфіну.

Замісна терапія — це фактично єдина можливість надання АРВ-терапії ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД; це фактично безальтернативний шлях зниження смертності від хвороби в Україні, де більшість інфікованих — споживачі ін'єкційних наркотиків.

Замісна терапія — це дієвий шлях профілактики поширення вірусу, доведений механізм декриміналізації та ресоціалізації споживачів ін'єкційних наркотиків, необхідний складник заходів зі зменшення темпів поширення ВІЛ/СНІД.

© ЗАМІСНА ТЕРАПІЯ АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД

Київ 2005
Друге видання

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

вул. Димитрова, 5, корпус 10А, 03680, Київ, Україна
Тел.: (+380 44) 490 5485 (6, 7, 8)
Факс: (+380 44) 490 5489
E-mail: office@aidsalliance.org.ua
<http://www.aidsalliance.org.ua>

Наклад – 2 000 пр.

Розповсюджується безкоштовно

Редактори: Сергій Дворяк, Тетяна Дешко
Дизайн: Андрій Афанасьєв
Літературна редакція та переклад: Світлана Куценко,
Людмила Неділько
Фото на обкладинці: Віктор Суворов

Підготовлено МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» за фінансової підтримки Глобального фонду боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією в рамках угоди UKR-102-G04-H-00 від 15 березня 2004 року.

Ми висловлюємо щирі подяку за допомогу в підготовці випуску Ірині Борушек, Ігорю Войтенку, Анатолію Вієвському, Андрію Клепикову, Вячеславу Кушакову, Ігорю Олейнику, Денису Полтавцю.



Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

За підтримки:



Investing in our future

The Global Fund
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Викладені у даній публікації думки й точки зору є думками й точками зору авторів і не можуть розглядатися як думки або точки зору Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією. Глобальний фонд для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією не брав участі в узгодженні або затвердженні як безпосередньо опублікованого матеріалу, так і можливих висновків, що випливають з нього.

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.