

13 СТАТЕЙ О ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ



Дорогой читатель!

Уж если ты решил начать чтение сборника со вступительного слова, значит, тема заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ) тебе неравнодушна. Я надеюсь, прочитав последнюю — 13-ю статью, ты получишь ответы на многие свои вопросы и узнаешь немало полезного и интересного.

Рано или поздно заместительная терапия начинает интересовать людей, которые обеспокоены решением проблем ВИЧ/СПИД и наркозависимости. В первую очередь — это врачи, больные, их близкие и родственники.

Следует признать, что данную тему не всегда обходят стороной политики и журналисты, религиозные деятели и активные представители общественности. До сих пор многие интерпретируют тему достаточно своеобразно и однобоко. Однако всего лишь несколько лет назад заместительная терапия была табу для открытого и объективного обсуждения в СМИ большинства постсоветских стран. Количество адекватных аналитических публикаций даже на страницах специализированных медицинских изданий можно было пересчитать на пальцах.

В то время, когда многие развитые страны, в т. ч. 26 стран-членов Европейского Союза, активно внедряли и расширяли программы заместительной терапии, в Украине и других странах СНГ эта тема подвергалась нещадной критике, а сторонники ЗТ — эмоциональным и безосновательным нападениям со стороны многочисленных оппонентов, которые в большинстве своем слабо ориентировались в предмете.

За это время мифы и откровенная дезинформация о ЗТ пустили глубокие корни в нашу непросвещенную почву.

Но все-таки наша страна не стояла на месте: стремительный рост эпидемии ВИЧ/СПИД, движущей силой которой вот уже более 10 лет является инъекционное употребление наркотиков, заставил рационально мыслящих политиков и чиновников от здра-

воохранения в 2004 году согласиться с необходимостью внедрения первых пилотных проектов заместительной поддерживающей терапии в нашей стране.

С каждым последующим годом и расширением программ появлялось все больше уверенности у сторонников данного инновационного для нашей страны метода, в то же время все меньше аргументов оставалось у противников ЗТ.

В освещении проблематики снижения вреда мы уже не первый раз прибегаем к популярному формату «13 статей». В этом сборнике каждый может найти для себя свою статью: ученый-медик ознакомится с позициями международных и национальных экспертов в сфере медицинской науки; политик — с публикациями политических деятелей; наркозависимый — с мнением пациентов программ ЗТ; даже оппоненты найдут здесь статьи своих сторонников. Мы намеренно решили не ограничивать круг авторов исключительно приверженцами ЗТ и разместили несколько критических публикаций оппонентов, которые во многом отражают типичную позицию большинства противников программ ЗТ.

Сборник содержит публикации разных годов издания, датированные уже нынешним тысячелетием. Некоторые статьи увидели свет на страницах изданий Альянса в те времена, когда мы сами еще с трудом представляли, что же такое «заместительная терапия», насколько она эффективна и полезна. Надеюсь, такой экскурс в недалекое прошлое, наряду с самыми последними публикациями о ЗТ, также будет не лишним.

Хочется верить, что, после знакомства с данной публикацией сторонников у заместительной терапии в Украине и соседних странах прибавится, больше неравнодушных к данной проблематике людей получат объективную и научно обоснованную информацию, которая позволит разрушить существующие стереотипы, понять сущность и целесообразность заместительной терапии.

Павел Скала



ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ НАМ ВЕСТИ НОРМАЛЬНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

(«Новости ВИЧ/СПИД», выпуск 1, 2002, Альянс)

Для успеха заместительной терапии очень важна позиция самих потребителей наркотиков. Программа лечения должна быть добровольной и зависит от отношения к ней клиентов.

В Украине потребители наркотиков мало информированы о заместительной терапии, особенно о метадоновой программе. Тем не менее во многих регионах заинтересованность наркозависимых в такой программе достаточно высокая. Многие из них видят в ней реальный шанс для возвращения к нормальной социальной жизни.

Потребители наркотиков отождествляют заместительную терапию с потреблением метадона и практически не знают ничего об использовании альтернативных препаратов. Еще меньшее число потребителей знают о том, как должна осуществляться подобная программа и о взаимоотношениях терапевтической группы и участников программы.

Информационная пустота заполняется множеством различных мифов, главный из которых — что заместительная терапия, в частности метадон, может привести человека к еще большей зависимости и да-

вляющем от зависимости. Они считают, что метадон — лекарство от наркозависимости. Им необходима дополнительная информация о месте терапии как программы ресоциализации.

Некоторые украинские потребители наркотиков уже пробовали формы заместительной терапии бупренорфином. Вот что они сами об этом рассказывают.

Анна, 26 лет, употребляет наркотики десять лет.

«Несколько раз пыталась бросить, даже была двухлетняя ремиссия. Пробовала амбулаторный бупренорфин, но параллельно все время употребляла ширку. Доза была недостаточной, так что все еще чувствовала тягу. Бупренорфин не сравнить с героином или ширкой. Он лишь снимает абстинентный синдром. Потребителям наркотиков нужна тяга, поэтому бупренорфин не может быть заменой.

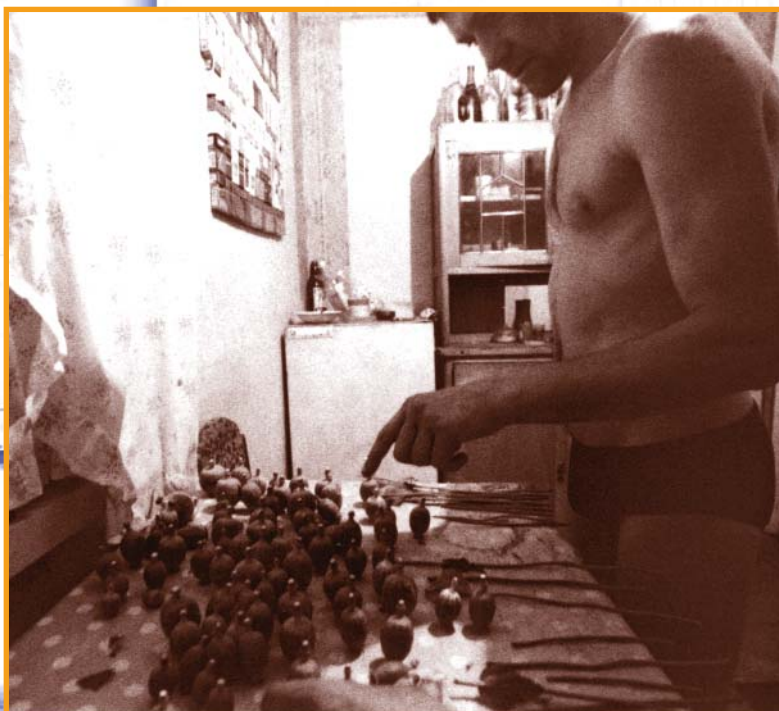
Нужно приложить все силы, чтобы перестать употреблять наркотики. Постоянно быть занятым. Я планирую вступить в общество анонимных наркозависимых и найти «спонсора», бывшего потребителя с большим стажем, который бы помог мне выбраться».

Игорь проходил заместительную терапию бупренорфином 21 месяц в Черкассах. Он получает бупренорфин конфиденциально — даже его семья не знает, что он проходит лечение.

«Заместительная терапия бупренорфином, на мой взгляд, является очень эффективным и на сегодняшний день, наверное, единственным способом социальной (и не только) реабилитации наркоманов. Наркоманы с очень большим стажем, 10—15 или даже 20 лет, что бы кто ни говорил, но на самом деле без каких-либо стимуляторов обходиться уже не могут. Такой огромный стаж дает о себе знать.

И эти люди, не принимая уже наркотики так, как они это делали, скажем, в молодости, все равно вынуждены что-то искать (мак, транквилизаторы и т. д.), при этом принимая участие в незаконном обороте наркотиков, тратя на это уйму времени, деньги, а самое главное, являясь в прошлом наркоманами, общаясь в этой среде, они рискуют снова сорваться в ту бездну наркомании, из которой с таким трудом удалось выкарабкаться. Лично я без поддержки заместительной терапии не смог бы работать и вести нормальный образ жизни.

В нескольких словах трудно объяснить, как это нужно и важно для таких людей, как я, тех, кто



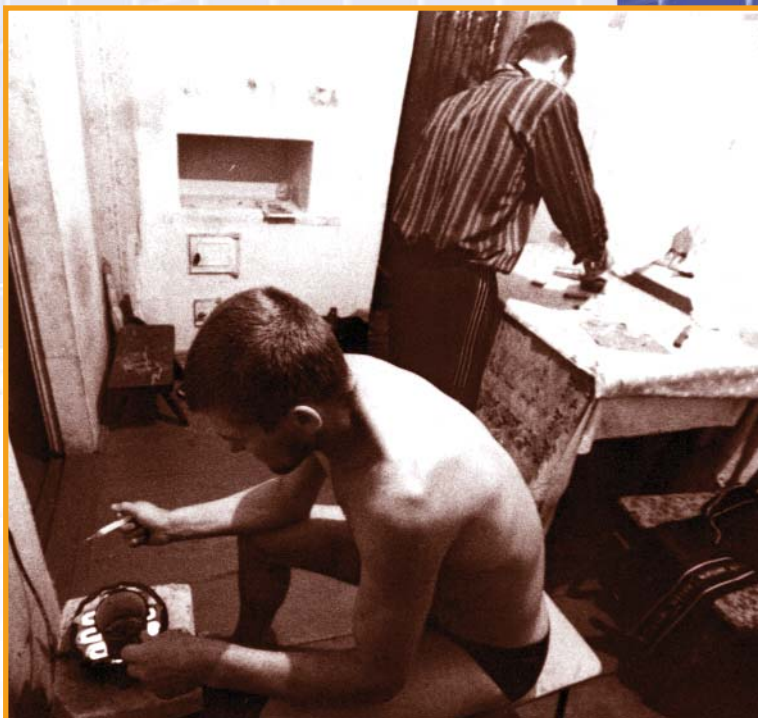
Подсчет маковых коробочек для домашнего изготовления наркотика. Заместительная терапия помогает наркозависимым избежать такого образа жизни

же постепенно сделать из него идиота. Кроме того, многие наркопотребители имеют ложное представление о заместительной терапии как о лечении, изба-

10—20 лет был зависим от наркотиков, да и для молодых, конечно, тоже это важно и нужно. Заместительная терапия позволяет всем нам забыть о своих проблемах, связанных с наркотиками, вести нормальный образ жизни, учиться, работать, уделять время семье, детям и не содрогаться при мысли о том, что будет завтра, если снова появится депрессия, вторичная абстиненция или просто непреодолимое порой желание уколоться или что-то еще. Ведь 20 лет стажа — это груз очень солидный, и он иногда перевешивает. Без помощи врача нам приходится очень непросто, без нее многие из нас ходят по замкнутому кругу всю жизнь, бросают и начинают снова, пока передозировка, СПИД или другие болезни не остановят все это. Заместительная терапия — это серьезная и реальная помощь, именно реальная, а не формальная или для показухи».

Ирина шесть месяцев получает заместительную терапию в черкасском анонимном кабинете.

«В неполные 19 лет я познакомилась с наркотиком (и сразу с опиумом), к счастью, дожила до 38 лет. Наркотик на долгое время стал образом жизни. На какое-то время я смогла бросить (с 1990 по 1996 г.), но, к сожалению, наркотик умеет ждать. Я бросила колоться в 1990 году, успела бросить до появления СПИД, но через шесть лет попробовала пить маковый отвар, мне казалось, что это безопасно, но увя... Опять появилась зависимость. Я всю жизнь боролась с наркотиком, не опустила (это проще), держалась на плаву. Все это время я работала, у меня замечательная профессия — парикмахер. Люди, которые пол жизни просидели на наркотиках и не деградировали, — сильные люди, но с каждым годом все сложнее с этим бороться. Наркоману нельзя пить, подсознательно мозг хочет получить то же, что и от наркотика, в итоге — запой. Вот и приходится возвращаться к наркотику. Очень благодарна врачам, которые изобрели метадоновую программу. Но она не совершенна. Хорошо, что можно безболезненно пролечиться, но нет поддерживающей терапии для наркоманов с большим стажем. К сожалению, периодически возвращаемся к наркотику. Хотелось бы, чтобы врачи помогли нам жить полноценной жизнью и мы могли работать. Молодежь должна помнить: кто раз попробовал слезу опия, плачет всю жизнь! Я это осознаю, но полностью избавиться после такого стажа просто невозможно! Поэтому мы обращаемся к врачам. Молодежь нужно больше информировать о пагубном воздействии наркотика. Но если уже стал на этот путь, нужно бороться с недугом».



Из прошлой жизни: приготовление ширки - занятие трудоемкое и нелегальное

«Наркомана прежде всего волнует, где взять наркотик и как не попасть в милицию, чтобы не посадили. Еще, чтобы можно было купить недорогой наркотик, стимулировать себе жизнь, чтобы не тянуться к другим наркотикам и чтобы это не было запрещено. Многие бы изменилось, наркоман бы не думал, где взять денег или идти на какое-то преступление».

Валентина, 32.

«Я раньше потреблял, чтобы быть в кайфе, а сейчас я потребляю для того, чтобы быть в нормальном состоянии. Это как лекарство в данный момент, если б я мог без него обходиться, я бы обходился. Чисто такого кайфа как раньше, я от него не получаю вообще. Уколотся, чтобы ходить, двигаться, что-то делать, работать».

Игорь, 38.

«Хотя и есть работа, я ее из-за наркотиков не посещаю, прогуливаю. Утром нема раскумариться, и я не могу на работу идти, а приходишь на работу с опозданием — споры, предупреждения... Тревога — где еще достать наркотик. И опять будешь идти в поисках... Боишься, что поймут... Если вечером взял, думаешь: вечером уколоться или на утро оставить? А утром тебе негде денег достать, и ты спать ночью не можешь, хоть уже лежишь, ждешь утра, чтоб уколоться...»

Олег, 32.

Выдержки из интервью с потребителями инъекционных наркотиков, проведенные в рамках оценки с привлечением к участию проектами в Сумах и Николаеве.



ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАДОНА ВО ФРАНКФУРТЕ-НА-МАЙНЕ, ГЕРМАНИЯ

Марион Николаи, Лили Хайд («Новости ВИЧ/СПИД», выпуск 1, 2002, Альянс)

Заместительная терапия, в частности метадон, была тяжелым выбором для многих стран Западной Европы.

Германии потребовалось около сорока лет для введения метадона в широкое употребление в конце 1980-х. Десятилетиями шли дебаты относительно заместительной терапии, которые на самом деле были дебатами о полном отказе от употребления нелегальных наркотиков. Ориентированная на абстиненцию оппозиция рассматривала метадон как «привнесение в проблему наркотиков» и видела в нем угрозу существующим услугам по лечению наркотической зависимости.

Поддержка метадона стала ассоциироваться с осуждением «устоявшейся» системы лечения наркотической зависимости, ориентированной на абстиненцию. Изучение аргументов «за» и «против» метадона говорит о преобладании идеологического противостояния, хотя сторонники этого препарата предлагали его в качестве прагматического ответа общественного здравоохранения на совокупность реальных, измеряемых проблем, принесенных расцветом героина и эпидемии ВИЧ-инфекции.

События во Франкфурте-на-Майне в Германии — пример того, как метадон и другие мероприятия снижения вреда могут улучшить ситуацию с потреблением наркотиков в общем и с ВИЧ/СПИД в частности.

Открытая наркотическая сцена во Франкфурте характеризовалась грубостью полиции, общественным безразличием, высоким уровнем заболеваемости и смертельных передозировок и впоследствии заставила местные власти и медиков изменить их политику в отношении наркотиков и заместительной терапии.

К концу 1980-х между небоскребами делового района города в небольшом франкфуртском общественном парке до 1000 наркозависимых потребляли и продавали наркотики круглосуточно. Еще около 500 собирались в районе вокзала. Открытая сцена предоставляла наркотики еще 5—6 тыс. иногородних потребителей наркотиков, посещавшим сцену практически ежедневно для покупки наркотиков, в частности героина.

Хотя открытая сцена разместилась в центре города, где ежедневно проходит около 80 тыс. человек, и банкиры из прилежащих зданий рекомендовали парк в качестве альтернативной туристической достопримечательности, она существовала в абсолютной изоляции. Местные структуры здравоохранения не могли контролировать распространение ВИЧ/СПИД и других инфекционных заболеваний. Тогда приблизительно 24 % потребителей наркотиков были ВИЧ-позитивными; каждый второй инфицирован той или иной формой гепатита. Туберкулез, считавшийся в Германии побежденным заболеванием, снова появился среди потребителей внутривен-

ных наркотиков. В 1991 г. 147 человек умерли от передозировки наркотика в общественных туалетах, в кустах парков или просто на улице.

Такое происходило из-за продолжавшихся десятилетиями репрессий полиции. Потребителям наркотиков, которых поймали даже с малыми дозами наркотика, предлагали две альтернативы: лечение абстиненцией или тюремное заключение. Часто зависимых людей в результате судебных разбирательств отправляли в психиатрические лечебницы. В конце 1980-х более сотни полицейских ежедневно занимались «разгоном торчков», чтобы рассредоточить открытую наркотическую сцену. Обыденным было плохое отношение полицейских, насилие в отношении потребителей наркотиков. Наркозависимых рассматривали как «людей без прав». Многие врачи и больницы в городе принципиально отказывались лечить потребителей наркотиков, даже если последних направляли в медицинские службы социальные работники.

Растущие проблемы в отношении потребления наркотиков, в частности быстрое распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей, сделали очевидным крах политики запрещения наркотиков. И в русле многих изменений, произошедших с приходом к власти коалиции социал-демократов и зеленых, Франкфурт решил направить политику в области наркотиков иным путем.

Были учреждены координационный отдел по наркотикам и рабочая группа представителей из всех учреждений, связанных с наркотиками. На смену репрессивной политике пришел подход снижения вреда с акцентом на службах обмена шприцев, учреждении кризисных центров с контактными кафе, душами, обменом одежды, медицинскими услугами или консультированием и ночлежкой.

Людей, задержанных с небольшим количеством легких или тяжелых наркотиков, больше не сажали в тюрьму, им могли оказать помощь службы для потребителей наркотиков.

Были интенсифицированы полицейские меры против торговцев наркотиками и по расчистке открытой наркосцены. Но усиление этих мер сопровождалось расширением сети низкопороговых услуг поддержки для людей с наркотической зависимостью. Были открыты четыре комнаты для введения наркотика, где потребители могли употреблять их в условиях стерильности, гигиены и отсутствия стресса, пресекая таким образом возможность распространения ВИЧ и других инфекций и прививая по-

требителям наркотиков безопасные техники внутривенного потребления наркотика.

Заместительная терапия

Наиболее важным элементом новой политики было широкомасштабное введение метадоновой терапии.

Впервые в качестве лечения метадон применили в Германии в 1988 г., когда зависимость от героина, гепатиты и ВИЧ уже были проблемами. Во Франкфурте первой метадоновой программой являлся годичный научный пилотный проект, ограниченный 50 клиентами. К участию в модельном проекте допустили только ВИЧ-позитивных потребителей и употребляющих наркотики проституток. Впоследствии этот пилотный проект никак не повлиял на растущую проблему потребления наркотиков и ВИЧ. В 1992 г. применение метадона стало крупномасштабным, и в городе учредили несколько программ.

Сегодня более 1200 наркозависимых во Франкфурте получают метадон, еще 1000 врачи прописывают кодеин.

Мероприятия снижения вреда во Франкфурте, включая метадоновую терапию, привели к значительным успехам при решении связанных с наркотиками проблем.

Из-за доступности метадона спрос на героин упал.

Снизился уровень преступности, связанной с употреблением наркотиков.

Здоровье и социальные условия многих наркозависимых значительно улучшились. На сегодняшний день врачи и социальные работники имеют контакт с более чем 1500 наркозависимыми в день; ежедневно обменивается до 8 тыс. шприцев. Эти мероприятия приводят к снижению инфицирования ВИЧ. Существенно уменьшилась смертность в результате передозировки наркотика: от 147 человек в 1991 г. до 21 — в 2000 г.

В Германии покрываемая медицинской страховкой заместительная терапия предоставляется только потребителям инъекционных наркотиков и почти во всех случаях присутствуют дополнительные медицинские показатели: ВИЧ/СПИД, гепатит С и другие серьезные заболевания. Метадон может использоваться при детоксикации и в период госпитализации, а также его прописывают беременным и в качестве промежуточного лечения перед долгосрочным местным лечением. Начиная с 1999 г. самого факта героиновой зависимости было достаточно для назначения метадоновой терапии, но лишь в том случае, если имелось подтверждение врачей о том, что существуют важные медицинские причины, по которым пациент не может пройти ориентированное на абстиненцию лечение.

Потребители наркотиков могут получать метадон при отсутствии указанных выше показателей, но тогда затраты на лечение этим препаратом не покрываются за счет медицинской страховки, и пациент платит сам.

Амбулаторные клиники по метадону обслуживают

большой процент получателей метадоновой терапии. Низкопороговые программы предоставляют легкий и быстрый доступ для наркозависимых, которые находятся в очень плохих социальных условиях и имеют слабое здоровье. Психосоциальный уход в основном ориентирован на кризисные интервенции и общее улучшение жизненных условий.

Высокопороговые программы ставят более высокие требования к пациентам — лечение, ориентированное на полную абстиненцию. Психосоциальный уход преимущественно ориентирован на лечение.

Участковые терапевты играют важную роль в вопросе метадоновой терапии в Германии. Они назначали заместительную терапию кодеином задолго до внедрения метадоновой терапии.



Врач и пациент франкфуртской метадоновой программы

Основным преимуществом прописания заместительной терапии терапевтами является то, что потребители наркотиков остаются в системе обычного медицинского ухода или же вовлекаются в нее. Это замечательный базис для их интеграции или реинтеграции в общество, а также обходится дешевле, чем специализированные метадоновые программы.

Вскорости после широкомасштабного введения метадона некоторые тюрьмы начали выдавать этот препарат потребителям наркотиков. Сегодня его выдают почти во всех тюрьмах. Со времени внедрения там метадоновой терапии заболеваемость ВИЧ в тюрьмах Германии снизилась.

Сегодня метадоновая терапия — широко воспринятая составляющая системы лечения наркозависимых. Метадон больше не рассматривается как конкуренция ориентированному на абстиненцию лечению, а скорее как его полезное и необходимое дополнение. Признано, что различные потребители наркотиков нуждаются в различных услугах. До сегодняшнего дня многие из них все еще предпочитают ориентированные на абстиненцию программы, но и немало таких, кто отдает предпочтение метадону.



ЭКСПЕРТЫ О ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

(«ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ. Аналитический обзор», 2005, Альянс)

Питательная среда для вируса, или Почему не удается начать лечение наркозависимых метадонам

Сергей Дворяк, канд. мед. наук, врач-нарколог, эксперт по вопросам лечения и ухода, руководитель исследовательских программ Всеукраинской наркологической ассоциации

Один главный врач — руководитель областного Центра профилактики и борьбы со СПИД (безразлично, из какой области), утверждал, что лично он не верит в существование специального вируса, который вызывает СПИД. Иначе говоря, профилактикой и борьбой с болезнью он руководит, а вот верить — не верит. Одним из основных аргументов в его арсенале был тот, что ВИЧ, мол, не высеян на курином эмбрионе. А если так, то его и не существует. Тут не место дискутировать на тему существования (или несуществования) вируса, от которого, по научным оценкам, страдает приблизительно 42 и умерло (только по последним данным) 3,6 миллиона людей на нашей планете. Впрочем, хотелось бы из этого красноречивого эпизода сделать некоторые выводы. Их может быть, по меньшей мере, два. Во-первых, нет такой фантастической идеи, которая не могла бы прийти в голову человеку, даже если он занимает высокую должность и располагает соответствующими полномочиями; и, во-вторых, чтобы вирус иммунодефицита человека беспрепятственно развивался, ему необходим совсем не куриный эмбрион, а что-то другое, что содержится в головах очень многих людей. Например, предрассудки; заблуждения; устаревшие стереотипы; страх и тревога, вызванные невежеством; равнодушием к чужой беде; желание контролировать все, что только можно, и т.п. Другими словами, психологические факторы куда важнее вирусологических, когда во главе угла стоит проблема формирования национального ответа на эпидемию ВИЧ/СПИД в Украине. Вот уже несколько лет в Украине не удается реализовать Национальную программу профилактики ВИЧ-инфекции и СПИД в той части, где речь идет о внедрении заместительной терапии для наркозависимых. На сегодня в мире проведено свыше 100 контролируемых исследований, посвященных медицинскому применению метадона и других препаратов-заместителей. Все они подтвердили: заместительная терапия способствует значительному снижению рискованного поведения, и ее можно рассматривать как средство профилактики ВИЧ/СПИД. Ведь если благодаря лечению человек перестает колоться, то у него значительно снижа-

ется вероятность заболеть, поскольку основным путем передачи ВИЧ сегодня в Украине остается инъекционный. В свою очередь, мероприятия, призванные снизить риск заболевания, называются профилактикой данного заболевания. Как говорится: «Остановим СПИД, пока он не остановил нас». Второй важный аргумент в пользу заместительной терапии: сегодня большинство больных СПИД, которым нужна высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) — это инъекционные потребители опиатов. Чтобы их лечить, — а лечение для них буквально представляет собой вопрос жизни и смерти, — необходимо сначала добиться хотя бы минимальной стабилизации их поведения. ВААРТ требует от пациента дисциплины и неуклонного ежедневного, ежечасного соблюдения всех распоряжений врача, т.е. приверженности лечению. Достичь этого с больным, вынужденным ежедневно из-за своей болезни добывать дозу наркотика, практически невозможно. Таким образом, чтобы обеспечить приверженность лечению СПИД, нужно сначала помочь человеку справиться с тягой к наркотику. Это достигается благодаря заместительной терапии. В данном случае эффект двойной. В одном и том же месте больному выдается и заместительная терапия, и ВААРТ, причем нет никаких проблем с его явкой за лекарством, поскольку потребность в наркотике гарантируется природой болезненного влечения. Еще одно важное обстоятельство в пользу заместительной терапии. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией предоставил Украине грант на сумму 92 млн долларов. Если на протяжении ближайшего года она не выполнит взятых обязательств и не начнет в полном объеме лечение больных СПИД, то лишится около 70 млн, которые просто не поступят в страну. А выполнить обязательство можно будет лишь при условии использования заместительной терапии как предпосылки для обеспечения ВААРТ всех, кому она нужна. Несмотря на все это, даже начать программы заместительной терапии метадонам, не говоря уже о том, чтобы ввести их в достаточном объеме по всей стране, так и не удастся. Причина — слишком строгий контроль за оборотом наркотиков, в частности метадона. Хотя многочисленными исследованиями доказано, что пероральный, контролируемый, организованный в медицинском учреждении регулярный прием метадона значительно снижает степень отрицательных последствий опиатной наркозависимости, хотя лечение метадонам проводится во всех странах Европейского Союза, в т.ч. и в тех, которые недавно в него вошли (Польша, Словакия,

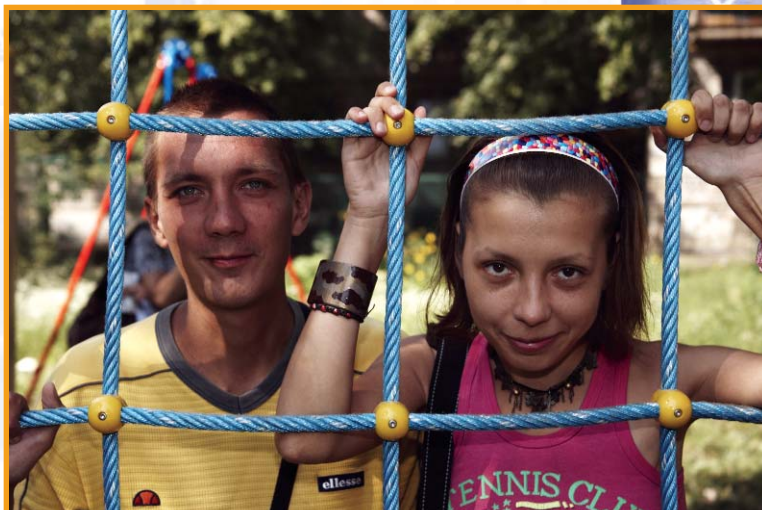
Литва и др.), не говоря уже о США и Канаде; несмотря на то что метадон начали применять в тех местах, где пока с либерализмом и демократией дела продвигаются не очень быстро, а именно в Иране, Китае, Таиланде, применение его в Украине и дальше наталкивается на явное сопротивление. Но, обратите внимание, нелегальный метадон для инъекций уже давно поступает на черный рынок и вдобавок в довольно большом количестве. В результате возникла совсем парадоксальная ситуация: мероприятия по контролю за оборотом медикаментов могут воспрепятствовать лечению, но пока не могут помешать их незаконному обороту. При этом следует принимать во внимание, что все международные конвенции, направленные на запрет незаконного оборота наркотиков, предусматривают их использование в медицинских целях и декларируют, что запретные мероприятия не должны мешать лечению.

Справедливости ради нужно отметить, что противники внедрения заместительной терапии в практику встречаются везде: и среди медиков, и среди широкой публики, и даже кое-кто из пациентов высказывает большие опасения, что заместительная терапия усложнит для них отказ от наркотиков в будущем. Но все-таки главную роль в установлении барьеров на пути применения этой медицинской технологии играют силовые структуры. Представители СБУ, в частности, во время круглого стола, посвященного этой проблеме, подали свои возражения в виде короткой аналитической записки, которая так и называется — «Предварительные выводы СБУ относительно метадоновой заместительной терапии: метадон — «за» и «против». Отдавая должное последовательности, с которой уважаемое ведомство отстаивает свою позицию, необходимо сказать, что никаких «за» в документе приведено не было. Впрочем, как и не было подписи автора(ов), ссылок на научные исследования, цифр и, откровенно говоря, фактов. Были мысли, оценки и фантазии, а также итоговый вывод: «Мы — против».

Были и данные, которые соответствуют действительности с точностью до наоборот. Например, в записке сказано: «...Страны Западной Европы отказываются от метадоновых программ». В то время как результаты ежегодного (2003 г.) официального отчета Европейского центра мониторинга свидетельствуют о том, что количество лиц в ЕС, которые получают метадон, за последние 3 года выросло вообще на 34 %, а в некоторых странах, таких как Норвегия, — в 8 раз. И поскольку персональной полемики в подобной ситуации не получается, то мы бы хотели, обращаясь абстрактно к адресату, высказаться вместе с тем целиком конкретно по сути этого чрезвычайно важного вопроса. Итак, почему мы считаем, что внедрение заместительной терапии настолько актуально, с одной стороны, и что мешает этому — с другой?

Первое. Украина находится сегодня в эпицентре эпидемии ВИЧ/СПИД в Восточной Европе. Количество людей, которые живут с ВИЧ, по данным Министерства здравоохранения, составляет 65 495 человек, тех, кто болен СПИД сегодня, — 6813, а тех, кто уже умер от этого недуга, — 3974. Но это только зарегистрированные случаи. Если мы обратимся к расчетным данным, которые составляются по специальной методике Объединенной программы по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), то увидим, что ВИЧ-инфицированных в стране — от 250 до 400 тыс., а умерших от СПИД — около 11 тыс. Таким образом, нельзя сказать, что распространение эпидемии определяется скромными масштабами и, соответственно, не зачем бить в набат.

Как и в начале эпидемии, движущей силой ее развития остается инъекционное потребление наркотиков, т.е. чаще всего люди заражаются из-за шприцов, которые они используют совместно с другими без предыдущей дезинфекции. И хотя количество инфицированных половым путем с каждым годом возрастает, инъекционный до сих пор занимает первое место. Особенно неблагоприятным местом являются тюрьмы. В местах лишения свободы, по понятным причинам, доступ к чистым шприцам очень ограничен, и потому если появляется возможность употребить наркотик, то одним инструментом колетесь до 30 лиц (данные получены методом проведения фокус-групп из ПИН). Именно этим можно объяснить высокий процент ВИЧ-инфицированных среди заключенных — около 7 %. Хотя нужно учесть и то, что около 65—70 % лиц, которые оказываются за решеткой, имеют проблемы с наркотиками и алкоголем. А сколько всего людей в нашем обществе страдает от наркозависимости или просто употребляет инъекци-



Виталий и Екатерина — участники программы заместительной терапии, г. Киев

онные наркотики? На этот вопрос есть ответ. Количество лиц, за которыми наркологическая служба ве-

дет наблюдение в связи с развитием в них симптомов, вызванных злоупотреблением наркотическими веществами, составляет около 85 тыс. людей. Однако это те, кто по ряду причин обратился за медпомощью, причем в государственные учреждения. Те же, кто искал ее у частных специалистов или обращался анонимно, в это число не вошли. Кроме того, велик процент тех, кто употребляет наркотики, но не нуждается в специальной помощи. Они, возможно, и не являются субъектами наркологической деятельности, тем не менее, представляют группу риска с точки зрения заболевания инфекциями, которые передаются через кровь (ВИЧ/СПИД и гепатиты В и С). И таких в стране, как показывают специальные социологические исследования, 560 тыс.

Таким образом, выходит, что двойная эпидемия ВИЧ/СПИД и наркопотребления достигла такого уровня, который по-настоящему угрожает безопасности страны. По прогнозам, до 2010 года мы можем иметь свыше миллиона инфицированных и десятки тысяч умерших. Если бы в результате военных действий или атаки террористов общество понесло такие потери, то это, наверное, послужило бы поводом объявить всеобщую мобилизацию. В данном же случае, несмотря на очевидную угрозу, именно структуры, которые отвечают за безопасность страны, обнаруживают удивительное равнодушие и бездеятельность. К сожалению (а может, к счастью), большинство наших граждан пребывает в счастливой уверенности, что ни наркотики, ни ВИЧ/СПИД не являются их персональной проблемой. Однако дело в том, что большинство людей, которые живут с ВИЧ, не подозревают об этом. А для многих родителей ин-

сультуальном партнере, то разве это не повод считать, что гром гремит где-то рядом?

Второе. Альтернативы заместительной терапии, по сути, нет. Очень немного пока что делается для того, чтобы остановить распространение наркотиков. Здесь хотелось бы сосредоточиться на вопросе лечения. Не потому, что профилактика кажется нам чем-то несущественным, а потому, что знаем: квалифицированную и эффективную профилактику нельзя наладить там, где не научились грамотно лечить заболевания. Если в нескольких городах, прежде всего в Киеве, организована квалифицированная помощь наркозависимым (притом, что при условии отсутствия адекватного финансирования доступ пациентов к лечению остается ограниченным), то в большинстве городов Украины больные лишены современной, научно обоснованной лечебной, а главное — реабилитационной поддержки. Некоторые политики стараются симулировать решение проблемы строительством реабилитационных центров. Однако при этом совсем не учитываются экономические факторы и количественные показатели. Любой реабилитационный центр с программой, ориентированной на полный отказ от наркотиков, сможет эффективно пролечить самое большее 120—150 чел. в год.

Стоимость же такого лечения будет составлять не менее 2500—3000 грн. на одного пациента в месяц с учетом оплаты его круглосуточного содержания, работы квалифицированного персонала, оборудования, медикаментов и т.п. При этом, как показывают научно обоснованные расчеты, останутся наркоравнодушными и не возвратятся к приему наркотиков 25—30 % пациентов. И это в том случае, если программа будет профессиональной и, соответственно, эффективной. Если же нет — то процент вылеченных будет еще меньшим. Теперь сравните нужды.

При количестве наркопотребителей 560 тыс. в лечении нуждается не менее 40—50 тыс. больных в год. Если каждому из них мы должны предоставить помощь в реабилитационном центре и израсходовать на него 8—9 тыс. грн., поскольку продолжительность лечения составляет не менее 3-х месяцев, то простые подсчеты показывают: нам нужно минимум 300 таких реабилитационных центров с общим бюджетом в пределах 1,3 миллиарда (!) грн. Этот объем финансирования можно сравнить с бюджетом всей медицинской отрасли, и, конечно же, взять их просто не откуда. Не говоря о том, что нет такого количества специалистов, которые могли бы обслуживать эти центры. С другой стороны, применение заместительной терапии делает медпомощь и доступной, и эффективной. Использование метадона позволяет значительно улучшить состояние больного при условии в 7—8 раз меньших затрат, которые предполагает его лечение в реабилитационном центре. И еще один



Подготовка к выдаче заместительного препарата, г. Киев

формация о том, что их сын или дочь употребляют наркотики, почти всегда звучит — как гром среди ясного неба. Но даже если речь идет не о вашем ребенке, а только о его товарище, однокласснике или сек-

важный аргумент в пользу лечения. Выгоду от него, как доказали специальные исследования, проведенные в Европе, получают не сами наркопотребители, а общество, поскольку значительно уменьшается пресс социально-экономических проблем, связанных со злоупотреблением наркотиками (финансирование больниц, тюрем, полиции и т.п.).

Вот несколько важных цифр, которые отображают экономическую сторону вопроса. Сравнительные показатели затрат на одного наркопотребителя в год (в дол. США), сделанные на основании специального исследования Департаментом служб по вопросам химической зависимости (DASA) и Национальным институтом изучения наркозависимости (NIDA) США в 1991 г.:

- Без лечения, на улице \$43 000;
- в тюрьме \$43 000;
- в продолжительной программе, ориентированной на отказ от наркотиков \$11 000;
- в поддерживающей терапии метадон \$2400;

Сразу подчеркнем: применение метадона не исключает реабилитации. Реабилитационные центры должны существовать и предоставлять помощь определенному контингенту больных. Речь идет о том, что сами они не решают проблему и что заместительная терапия является весьма важным дополнением к уже существующим методам лечения опиоидной зависимости.

Третье. Эффективность и безопасность заместительной терапии хорошо доказаны. Она применяется во всех европейских странах и внедряется в странах Азии (Китае, Индонезии, Филиппинах, Таиланде, Киргизии). Количество пациентов, которые регулярно получают, например, метадон как терапевтическое средство, составляет в Европе 400 тыс., в США — около 200 тыс., в Австралии — 20 тыс. По данным на 2002 год, количество метадоновых пациентов (на 100 тыс. населения в возрасте от 16 до 60 лет) составляло в Великобритании, Бельгии, Италии, Ирландии и Испании от 96 до 206. В некоторых странах, например в Германии, метадон назначают врачи общей практики. В Испании практически во всех тюрьмах существуют метадоновые программы и т.п. В Плане действий ЕС относительно наркотиков в качестве одной из основных задач формулируется «существенное увеличение количества успешно пролеченных наркозависимых людей». Именно заместительная терапия позволяет достичь этого.

Четвертое. Поскольку логических и обоснованных научными данными аргументов против заместительной терапии не существует, то возникает вопрос: с чем же связано отчаянное сопротивление, направленное против вообще медицинского по своей сути метода? Почему серьезные организации так активно выступают против лечения наркозависимых и про-

тив эффективной профилактики ВИЧ/СПИД? Существует по меньшей мере две группы причин. Во-первых, эмоциональные. Вне сомнения, многие наши сограждане в глубине души не считают наркозависимость болезнью. Они убеждены, что «наркоман — сам виноват», что на в самом деле нужны твердые мероприятия и, как недавно в частной беседе высказался один полковник милиции: «Посадить бы в наручники на полгода — вся бы болезнь прошла». Кстати, может, и прошла бы. Известно, например, что в блокадном Ленинграде очень многих болезней не было. Сильный стресс иногда спасает от болезней, но в значительной степени сокращает жизнь. К счастью, не так уже и много возможностей применять такие мероприятия осталось в нашем обществе. Да вот беда, существуют граждане, которые очень переживают оттого, что не всегда можно применить наручники и подобные средства влияния. Очень бы им хотелось, чтобы можно было все общество поделить на «правильных» и «неправильных». И неправильным (например, потребителям наркотиков) оставить из всех прав разве что право благодарить руководство за возможность работать на принудительных работах. В глубине души многие убеждены, что наиболее эффективное средство — это запрет. И чем больше запрещать, тем лучше будет результат. А если результата нет — значит, запрет недостаточно твердый. Поэтому его нужно усилить. Тем и отличается научный подход от подхода, опирающегося на так называемый здравый смысл, что при научном подходе ничего не принимается за истину без доказательств. А доказательством является практика, опыт. Если опыт подтверждает, что применение заместительной терапии влияет на уменьшение потребления нелегальных наркотиков, снижение преступности и распространение ВИЧ, то это достаточное основание, чтобы данную терапию проводить.

Но если эмоции подсказывают, что все это «либеральная ерунда», а на самом деле нужно «тянуть и не пускать», то голос разума вряд ли будет услышан. Заместительная терапия — это своеобразный тест на признание того факта, что наркозависимость является болезнью. Если вы убеждены, что наркозависимого следует лечить, то, как и в случае с любой другой болезнью, вы оставляете решение вопроса «как лечить?» за медицинской корпорацией. Но если доминирует убеждение, что дело в преступном поведении, то, естественно, в голову приходят силовые средства влияния. По своей сути реабилитационные программы ориентированы на отказ от употребления наркотиков, и по этому признаку они довольно близки к воспитательным мероприятиям. Они предлагают больным отказаться от болезни. Заместительная же терапия принимает больного таким, каким он есть, облегчает его страдания и уменьшает проблемы об-



щества, т.е. не учит жить, а просто помогает. Именно с таким подходом и не могут согласиться те, кто считает, что имеет право учить и исправлять.

Известный американский психолог Крик (Kreek) вместе с другими авторами описал несколько социально-психологических причин, по которым люди не воспринимают заместительную терапию. В современном обществе доминантными категориями являются конкуренция и автономия. Употребление наркотиков обусловлено противоположными качествами: зависимостью, пассивностью и поиском удовольствия. Поэтому такие черты личности общество воспринимает как недостатки и немало людей испытывает соблазн изменить эти черты характера большого твердыми мерами воздействия. Однако проблема заключается в том, что эти мероприятия не срабатывают и в результате лекарство оказываются еще хуже, чем болезнь.

Вторая же группа причин — материальные. Не секрет, что наркопотребители во многом помогают силовым органам: их несложно задерживать и за счет этого повышать показатели раскрытия правонарушений, они не оказывают серьезного сопротивления при требовании денег и при требовании сотрудничать. Кроме того, наверное, существуют сотрудники милиции, прямо заинтересованные в незаконном обращении наркотиков. Коррупция в правоохранительной системе ни для кого не является секретом. Об этом говорят на всех уровнях, вплоть до высшего. Учитывая эти обстоятельства, не всегда легко ответить на вопрос, чьи права защищают правоохранительные органы, так отчаянно сопротивляясь внедрению медицинского метода в медицинскую практику.

Пятое и последнее. Большинство профессионалов и представителей международных организаций — ВОЗ, ПРООН, ЮНЭЙДС — сходятся на том, что одной из самых серьезных проблем в сфере ВИЧ/СПИД являются стигматизация и дискриминация, которые ощущают на себе инфицированные ВИЧ люди. На ПИН эта проблема ложится двойным прессом. Они в глазах огромного количества граждан являются изолированными и лишены права на сочувствие. Даже наиболее гуманистически настроенные врачи могут сказать о каком-то своем пациенте со СПИД: «Это же надо, такой красивый человек, совсем случайно заболел, не по своей вине».

При этом не замечают, что тот, кто употребляет наркотики, уже автоматически относится к «виновным», а посему, не заслуживает сочувствия и помощи, во всяком случае не в той степени, как «нормальный». Именно стигма с дискриминацией являются теми обстоятельствами, из-за которых болезнь загоняется у подполье, криминализируется, а пациент фактически лишается медицинской и социальной помощи. Когда наркозависимым, вопреки научным

данным и опыту множества лечебных учреждений за границей, сегодня отвечают отказом в квалифицированной и эффективной помощи, то это подтверждает тот факт, что дискриминация в обществе существует и поддерживается. Таким отношением наше общество не только уменьшает свои шансы остановить эпидемию ВИЧ/СПИД и уменьшить вред, наносимый употреблением наркотиков, но и расписывается в своей нецивилизованности и неспособности придерживаться общечеловеческих гуманистических принципов, которые давно уже стали базовыми для большинства европейских стран, на единство с которыми мы пока еще продолжаем претендовать.

В конце хотелось бы напомнить одну давнюю историю. Жил в XIX веке в Петербурге очень знаменитый врач на имя Федор Гааз. Родился он в Германии, но почти всю жизнь прожил в России и прославился не только медицинскими достижениями, но и исключительными свершениями на ниве благотворительности. Он лечил нищих, строил приюты, помогал сиротам и т.п. И все-таки в истории Российской империи он остался человеком, который изменил кандалы. Те самые кандалы, которые носили на ногах тысячи и тысячи русских каторжников. Более радикальные деятели, конечно же, требовали отменить кандалы вообще, но при этом они ничего не добились. Тем временем доктор Гааз потратил немало лет на то, чтобы преодолеть сопротивление царской бюрократической машины и обеспечить людей облегченными цепями, которые не так травмировали тело. На этом примере можно хорошо заметить разницу в менталитете западных людей, которые стремятся найти компромисс и уменьшить вред, в то время как славянская душа рвется к максимализму и требует сразу всего. Заместительная терапия не решает проблему наркомании, но она очень облегчает бремя проблем, связанных с ней. Попытки же «вылечить» наркозависимых ведут пока что только к увеличению проблем и никак не помогают их решить.

Похоже, настало время все-таки отважиться и выбрать с двух зол... хотя бы не оба.

Программы заместительной терапии

А. Виевский, канд. мед. наук, главный нарколог МЗО Украины, президент Всеукраинской наркологической ассоциации, главный врач Киевской городской наркологической больницы «Соціотерапія»

Вопрос широкого распространения и организации адекватных программ помощи лицам с наркотическими проблемами в Украине не только актуален, но и играет существенную роль в связи со значительным уровнем ВИЧ-инфекции наркозависимых. Доми-

нантной формой наркотического поведения этих контингентов при употреблении наркотиков является инъекционный вариант введения наркотических веществ (преимущественно опиатов). Именно это определяет важную роль заменителей опиатов (бупренорфина, метадона и др.) при организации адекватных лечебных программ, их большое лечебное значение как для проведения детоксикации, так и для долгосрочных программ заместительной терапии, которые позволяют вывести пациента из социально неблагополучных и приблизить к здоровым прослойкам общества.

Сегодня в Украине для проведения детоксикации у лиц с наркотическими проблемами используются разнообразные препараты, в том числе бупренорфин, который по своему фармацевтическому действию является известным в мире заменителем опиатов. В нескольких городах организованы программы заместительной терапии с бупренорфином, которые используют его в инъекционной форме. С точки зрения коррекции поведения, таких программ недостаточно, поскольку одной из главных задач заместительной терапии является помощь пациенту в изменении поведения от инъекционного на неинъекционное.

Новым этапом развития заместительной терапии стала вышеупомянутая пилотная программа ПРООН.

Употребление наркотических веществ давно уже превратилось из сугубо медицинской на большую социальную проблему, прежде всего из-за криминализации наркопотребителей, а также из-за риска инфицирования ВИЧ и другими инфекциями, которые передаются через кровь. Именно этот риск на протяжении последних нескольких лет вызывает особую тревогу в обществе, поскольку тенденция сероконверсии для ПИН остается очень высокой, т.е. со временем все больше их заражается ВИЧ, становится серопозитивными. Так, например, по данным вторичного эпиднадзора, в некоторых регионах Украины более 60 % потребителей инъекционных наркотиков являются ВИЧ-позитивными.

Несмотря на то что в последнее время в Украине все чаще появляются кокаин и синтетические стимуляторы, свыше 90 % зарегистрированных наркозависимых страдают именно опиоидной зависимостью. Наиболее распространенным нелегальным опиатом в Украине является ацетилованный экстракт маковой соломки, который изготавливают кустарным способом и употребляют исключительно путем внутривенных инъекций. Отечественный и мировой опыт лечения опиоидной зависимости свидетельствует о том, что только четверть больных способна воздерживаться от употребления наркотиков продолжительное время (1 год и более). Остальные или вообще уклоняются от лечения, или вскоре после него опять начинают злоупотреблять наркотиками, что

предопределяет высокий уровень криминальной активности и дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции, гепатитов.

ВОЗ определила несколько основных принципов профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, которые потребляют инъекционные наркотики. Одним из них является предоставление ПИН возможности получать заместительную терапию. Многолетние исследования, проведенные в Соединенных Штатах и Западной Европе, подтвердили: заместительная терапия метадонем весьма эффективна в лечении и реабилитации больных опиоидной зависимостью. ВОЗ также рассматривает этот вид лечения как профилактику ВИЧ/СПИД среди ПИН и предлагает применять его, особенно в тех странах, где основным путем распространения инфекции является инъекционный, а в качестве основной уязвимой группы выступают ПИН.

Внедрение программ заместительной терапии в Украине поддерживается значительным количеством документов исполнительной власти, в том числе и направленных на преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине. Территориальные наркологические учреждения, а также территориальные учреждения, которые работают с проблемой ВИЧ/СПИД, строят программы заместительной терапии именно на этой основе. Отраслевые унифицированные стандарты медицинских технологий диагностически-лечебного процесса наркологической помощи предусматривают организацию программ заместительной терапии с использованием упомянутых препаратов.

Внедрение программ заместительной терапии метадонем — одно из условий предоставления Украине средств Глобального фонда для лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИД. Министерство здравоохранения Украины утвердило разработанные специалистами в области наркологии методические рекомендации «Использование заместительной терапии метадонем в лечении и реабилитации больных с синдромом зависимости от опиоидов». В то же время внедрение программ заместительной терапии требует четко регламентированного по срокам относительно контроля учета, назначения, списания и т.п. Эти вопросы находятся в компетенции Комитета по контролю за наркотиками МОЗ Украины. Но пока что он игнорирует эту работу, не высказывая официально своей позиции, хотя речь идет о пилотном проекте, запланированном сначала только для ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков как с целью профилактики передачи ВИЧ инъекционным путем, так и обеспечения соблюдения режима лечения, борьбы с незаконным обращением наркотиков и сокращения нелегального спроса на них.

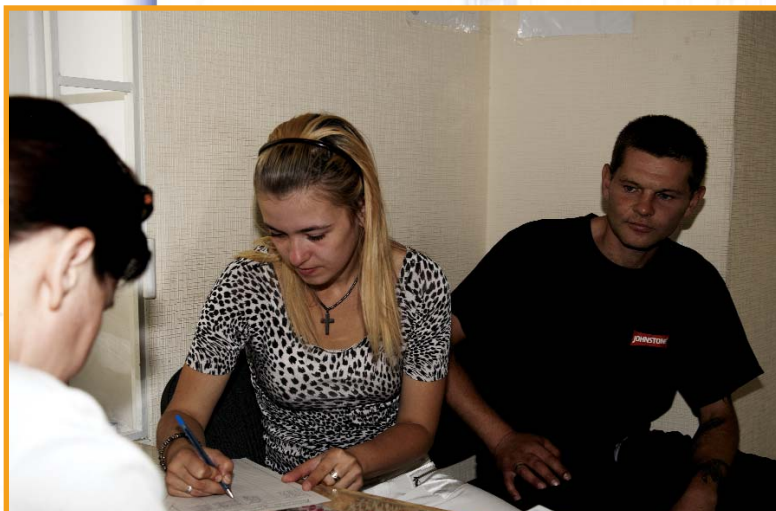


У НЕГО ДАЖЕ ГЛАЗА СТАЛИ ДРУГИЕ

Татьяна Галковская («Зеркало недели», № 39 (514), 2–8 октября 2004)

Никто не предполагал, что внедрение в Украине заместительной терапии для потребителей инъекционных наркотиков, или короче «метадоновых программ» (по названию основного препарата, применяемого для этих целей), вызовет нешуточное кипение страстей. На Западе это давно практикуемый метод снижения вреда от наркотиков, профилактики ВИЧ и ряда других инфекций в данной группе риска.

Впрочем, особо удивляться не стоит: тема снижения вреда от наркотиков далеко не однозначна, а подключились к обсуждению не только общественные организации и известные политики, но и силовые ведомства. Именно их активное противодействие не позволяет внедрять методику в Украине.



Участница программы расписывается в специальном журнале приема препарата ЗПТ, г. Киев

Столь резкое противостояние во взглядах на заместительную терапию, возможно, объясняется тем, что отношение к этому медицинскому вопросу во многом зависит не от объема информации, которой владеет тот или иной оппонент, не от его умения взвешивать «за» и «против», а от его жизненной философии. Считает ли он себя вправе поучать «неразумных», наказывать их, загонять железной рукой к счастью. Или уважает личность другого человека, каким бы неправильным ни казался его выбор, предпочитает помогать, поддерживать, стараться постепенно менять отношение человека к себе и окружающему миру.

В борьбе с наркотиками эффективными могут быть обе эти позиции, обычно занимаемые близкими больных наркоманией. Только в первом случае путь к свободной от наркотиков жизни оказывается более болезненным, связанным с мучительным преодолением не только физиологических реакций орга-

низма, но и собственного «я». Иногда эта борьба оказывается для наркопотребителя столь острой, что он предпочитает признать себя побежденным.

**Уменьшить риск,
а не перевести на новый наркотик**

Формально повод к жаркой общественной дискуссии подали Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также Программа развития ООН и Международный фонд «Відродження». Последние уже давно пытаются наладить заместительную терапию в комплексе мер по снижению вреда от наркотиков и борьбе с распространением ВИЧ-инфекции и СПИДом в нашей стране. А Глобальный фонд включил программы заместительной терапии в список условий для предоставления Украине гуманитарной помощи — поставки препаратов для антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных. Ведь, несмотря на то что эпидемия уже вырвалась из пресловутых групп риска, одним из основных путей передачи инфекции по-прежнему остается инъекционный — через грязные шприцы, а потребители инъекционных наркотиков составляют значительную долю среди больных СПИДом.

Следовательно, профилактика заражения ВИЧ во многих случаях означает снижение вреда от наркотиков: помимо обмена шприцов, специфической медицинской и психологической помощи — перевод потребления наркотиков в контролируемую форму, когда вместо опасной инъекции потребитель наркотика может принять его в виде раствора или таблетки под присмотром врача. Поведение такого человека становится менее рискованным и более контролируемым. Для больных СПИДом это невероятно важно — регулярно являясь за наркотиком, они получают и антиретровирусную терапию, соблюдать режим которой самостоятельно они просто не в состоянии.

Собственно, о широкомасштабном «пересаживании» всех отечественных наркоманов на метадон речь не идет. Тем более, что Министерство здравоохранения занимает принципиальную позицию не спешит, предпочитая не ссориться с «силовиками». Хотя на метадоновую терапию там смотрят исключительно в разрезе лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом потребителей инъекционных наркотиков — для повышения контроля качества лечения, в Украине ее применение для данной категории больных, убеждают в Минздраве, возможно лишь после получения всех

необходимых разрешительных документов. То есть без согласия на ее проведение МВД, СБУ и профильного комитета Верховной Рады лечить от СПИДом «системных» наркоманов не будут: не приведя их в чувство, начинать лечение бессмысленно — это хорошо понимают все медики. Наркоман, больной СПИДом, не только не в состоянии соблюдать режим приема антиретровирусных препаратов, но нередко вообще отказывается от лечения, предпочитая просто не думать о последствиях такого шага, — это намного проще соблюдения жестких и в некоторых случаях утомительных условий терапии.

Значит, пусть умирает? А если это тот, кто живет рядом с вами, кого вы любите? Может, все-таки попытаться помочь посредством заместительной терапии, тем более что и она бывает разной?

Без «кайфа» и «ломки»

В Херсоне и Херсонской области заместительную терапию «обкатывают» на бупренорфине (при поддержке Проекта ПРООН «Права человека в действии»). Метадон является агонистом опиатов — веществом, свойства которого подобны регулярно употребляемому незаконному наркотику. Он подобен опиату, но его использование облегчает большинство симптомов отмены («ломки»), уменьшает социальный и медицинский риск, а также переводит зависимость от наркотика в контролируемую форму.

В отличие от него, бупренорфин — агонист-антагонист опиатов. Антагонист — вещество, которое связывается с теми же рецепторными участками мозга, что и употребляемый наркотик, но не срабатывает как наркотик, а потому не вызывает зависимости. На фоне приема антагониста эффекты героина блокируются, так как он уже не в состоянии действовать на мозг обычным путем и влиять на настроение.

Пока в херсонском пилотном проекте не участвуют больные СПИДом, но все 13 участников — потребители наркотиков со стажем, неоднократно пытавшиеся избавиться от опасного пристрастия.

— Стаж наркотизации у наших пациентов большой, у некоторых по двадцать лет, — рассказывает заведующая диспансерным отделением Херсонского областного наркологического диспансера Ирина Ближевская. — Самому молодому сейчас 25 лет, употребляет наркотики с семнадцати. Они проходили практически все виды терапии, и ни одна из них не принесла ощутимого результата. К нам обращались уже тогда, когда просто невозможно было дальше жить.

— Может, разумнее было бы помогать не наркоманам с большим стажем, а тем, кто начал употреблять наркотики относительно недавно и не может от них избавиться?

— У них еще не сформировалось осознанное желание бросить, они еще не ощущают вреда, причиненного наркотиками, в отличие от людей, побывавших в тюрьмах и потерявших здоровье. К тому же у них и без заместительной терапии достаточно возможностей отказаться от наркотиков. У нас были пациенты, которых приводили родители, но в программу мы их не включали, потому что в наркологии желание пациента — необходимое условие лечения.

— Сколько времени может понадобиться, чтобы человек осознал, что наркотик — вред, и захотел лечиться?

— В среднем три-пять лет. Хотя есть и такие, которые считают, что им уже ничего не поможет. Мне кажется, на нашем примере можно показать, что еще не все потеряно.

— Традиционно мероприятия по избавлению от наркотиков предусматривают очистку организма, снятие абстинентного синдрома и психологическую помощь. По идее, этого должно быть достаточно, чтобы человек пересмотрел свои жизненные позиции. Почему же подобные методики не давали результата?

— Потому что у него идут необратимые процессы в головном мозге, на уровне обмена веществ. Наркоману, пролечившемуся традиционным методом, все равно нужно чем-то заполнить опиоидные рецепторы. В норму он все равно не приходит или приходит, но очень медленно: требуется около года, а некоторым и до пяти лет, чтобы научить организм жить без наркотиков. На мой взгляд, заместительная терапия предназначена главным образом для тех, кому больше ничего не помогает.



Участники первой программы заместительной терапии, г. Херсон

В течение полугода наши пациенты будут принимать определенную дозу бупренорфина, которая постепенно будет снижаться. За это время человек сможет социально адаптироваться, поправить свое здоровье, отвыкнуть от наркотических атрибутов — шприцов, игл и прочего, уйти от прежнего круга об-

щения. Но даже если человек продолжает жить в том же доме и общаться с теми же соседями, ему легче отказаться, когда нет желания.

Бупренорфин не дает ощущения кайфа, полностью блокируя опиоидные рецепторы. На его фоне у человека исчезают навязчивые мысли о наркотиках — то есть снимается психологическая зависимость.

Сейчас наши пациенты уже стали задумываться над серьезными вопросами: «как я живу?», «для чего?», «что будет дальше?». Практически все начали заботиться своим здоровьем: из-за употребления суррогатов у большинства серьезные проблемы с печенью, почками, обменом веществ, многие давно не посещали врачей, и у них только сейчас обнаруживаются та-



Препарат «Эднок» (бупренорфина гидрохлорид), который применяется в программах ЗПТ в Украине (зарегистрирован МОЗ Украины и разрешен к использованию в 2001 году)

кие тяжелые заболевания, как туберкулез. У пациентов улучшился аппетит, сон, они поправились (за два месяца на 6—8 кг), появился нормальный цвет лица.

— Многие ушли из программы?

— Человек восемь-девять. В основном те, кто не очень хотел лечиться, кого вынудили прийти родственники. Первый из ушедших, как позже выяснилось, вообще был наркодиллером, и что побудило его прийти на терапию, неизвестно.

— А как с контролем употребления наркотиков?

— Мы его проводим в обязательном порядке согласно существующим графикам. Группа подобралась стабильная, показаний для более частого проведения исследований нет. Иногда пациент сам просит провести контрольное исследование — показать родителям, что действительно ничего не употребляет.

Свойство этого препарата в том, что благодаря блокированию опиатных рецепторов наркотика не действуют. Многие проходили этот этап: бежали и употребляли наркотик — а эффект не наступал! Даже после двойной дозы! Конечно, пациенты могут попробовать наркотики другой группы, но, как правило, те, кто долгое время употреблял опиаты, других наркотиков не признают.

— Основная причина, из-за которой начали внедрение программ заместительной терапии, — профилактика ВИЧ-инфицирования и лечение больных СПИДом.

— Мы планируем сотрудничать с областным центром по борьбе со СПИДом, когда они начнут масштабное использование антиретровирусной терапии.

— В чем, на Ваш взгляд, главная проблема внедрения методики?

— Пожалуй, социальная. Сразу после начала лечения у пациентов оказывается столько свободного времени, что они не знают, чем его заполнить. Некоторые давно потеряли работу, есть такие, которые вообще никогда не работали. Возникает скука, она — синоним депрессии, а депрессия — повод для употребления наркотиков. В таких программах люди должны быть постоянно заняты. Если у них есть работа, то появляется и стимул вести нормальный образ жизни.

Шанс начать жизнь сначала

— Замещение нелегального наркотика медицинским, — считает психолог Херсонского фонда «Мангуст» Ирина Двинятина, — дает свои результаты буквально на третий-четвертый день после приема. Бупренорфин не влияет на сознание, не изменяет поведение. Человек, который его принимает, свободно общается, с ним легко проводить психокоррекционную работу, он готов к лечению, к изменению себя, своего поведения в лучшую сторону.

А вот что говорят пациенты наркодиспансера.

— Лечился я во многих местах и разными способами, — рассказывает Владимир, один из участников программы. — Но потом все начиналось сначала. Все деньги уходили на наркотики. Узнал о программе и решил попробовать. Хотя, если честно, уже разуверился в медицине. Здесь все по несколько раз лечились традиционными методами, и все всегда возвращались к наркотикам. У меня был единственный перерыв, если не считать заключения, — два месяца. Здесь я уже три месяца. Желание уколоться, наверное, будет всегда, но уже просто хватает и мозгов, и силы воли, чтобы отказываться. Чем меньше употребляешь, тем меньше желание. А ведь двенадцать лет я без наркотика просто не мог существовать.

Вот отрывки из дневника еще одного участника программы — Александра. Первые записи относятся к 2000 году.

20 мая. Потеряно все, все то, чем может гордиться и о чем может мечтать нормальный человек. И из-за чего? Ради чего? Во всем случившемся со мной виноват только я сам. Последние шесть лет я не могу радоваться жизни. Когда в мозгах один мрак, мысли то-

же выходят мрачные.

21 мая. Постепенно мысль «уколоться» начинает превалировать. Укололся, и день прошел — обидно и противно. Если в ближайшее время ничем не займусь, опять буду в «системе». Наркотик выбрался на первый план. Гнать его не хватает силы воли.

22 мая. Снова колюсь. Сам себя ненавижу. Родители все видят и обо всем догадываются, но, наверное, как и я, бояться в это поверить. Сам бороться с этим уже не могу.

30 мая. Когда я вижу перед собой наркотик, рушатся все моральные принципы. Беру деньги, а потом сам себя проклинаю. Какой же тварью я стал? ...Очень не хочется брать на душу еще один грех — наложить на себя руки. Сегодня утром услышал разговор матери с отцом. Умом я понимал, но в душе не верил, что родная мать уже не хочет меня знать. Так мне и надо, заслужил.

8 июня. Собираю вещи. Меня все-таки выгнали из дома, вернее, попросили уйти. У меня даже был «выбор»: уйти на улицу или сесть в тюрьму. Пока остановился на первом варианте, но второй тоже не исключаю.

Следующие записи датируются уже 2004 годом.

1 июня. Самое важное — у меня появилась семья. И все равно я опять начал колотиться. Спасибо Вике (моей жене), что не ушла, не сломалась. Жизнь с наркоманом — это ад. Зная это, я хотел сделать так, чтобы она ушла от меня: всячески ее терроризировал, бил, унижал. Она все выдержала и осталась со мной. ...В марте 2003 года у нас родился прекрасный мальчик, мы назвали его Костиком. Сказать, что я его люблю, не сказать ничего. Но даже с рождением Костика я не смог бросить наркотик.

В последнее время я не колюсь — в числе первых десяти человек попал в программу заместительной терапии. Пока помогает. Я каждый день езжу в больницу, получаю таблетки. Еще я ищу работу. Наступило такое время, когда я не хочу воровать.

5 июня. Все нормально, не колюсь. Учусь жить по-новому. Жить без паники, спешки, беготни.

9 июля. Как ни странно, но не колюсь. Раньше все материальные ценности мерил количеством наркотика, на который их можно обменять. Сейчас хочу купить квартиру, машину...

Весьма оптимистично настроены и родственники участников программы заместительной терапии, у которых тоже впервые за много лет появилась надежда жить без стрессов и страха перед будущим.

— Муж начал намного лучше себя вести, — говорит Наташа, худенькая блондинка за тридцать. — Работает, получает деньги, из дома ничего не выносит. Если раньше не работал, а только искал, где бы найти деньги на наркотик, то сейчас устроился грузчиком. Он и сам давно хотел бросить наркотики, но не полу-

чалось — стаж большой.

— Я очень довольна, что сын в этой программе, — убеждает Любовь Никифоровна, мать 26-летнего Олега. — До этого он уже несколько раз пытался лечиться, даже самостоятельно — с помощью гемодеза. Теперь у него даже глаза стали другие (иногда, конечно, приглядываюсь более пристально). Стихи начал писать, рисовать. Я, конечно, в любом случае своего ребенка не брошу, но очень надеюсь на то, что эта программа нам поможет.

— Поначалу я сама не могла понять, что происходит, — рассказывает Татьяна Васильевна, мать уже взрослого сына. — Он и постирает, и сварит. Все по хозяйству делает, что-то подкрашивает, подклеивает. Наладил отношения с сыном, с женой. Я стала спокойнее. Тем более, что к прежним друзьям его не тянет — поздоровался и пошел.

Понятно, что срок реализации проекта и количество участников весьма ограничены и не дают возможности делать обобщающие выводы. Тем более, что некоторые из привлеченных в программу все-таки ушли. Но если с помощью заместительной терапии удастся помочь хотя бы этим тринадцати (если проект продлят, то не исключено, что многие из них смогут окончательно отказаться от наркотика), методика уже имеет право на жизнь.

Херсонские специалисты неоднократно подчеркивали, что заместительная терапия — лишь часть общей программы лечения таких пациентов: необходима и психологическая поддержка, и социальная, и реабилитационные центры. То есть повода для конфликта нет (за исключением личных амбиций и финансовых интересов), как нет и необходимости искать свой отечественный путь решения проблемы: методика вполне доказала свою эффективность в Ев-



Заместительная терапия — это сила! Алексей — участник программы, г. Киев

НАРКОТИЧЕСКИЙ ПАЕК ОТ ГОСУДАРСТВА, ИЛИ НУЖНЫ ЛИ «КОСТЫЛИ» НАРКОМАНУ?

Александра КУЖЕЛЬ, представитель наблюдательного совета Всеукраинского родительского комитета борьбы с наркотиками («Зеркало недели», № 9 (537) 12–18 марта 2005)

Тот, кто лично столкнулся с проблемами наркомании, пережил трагедию в собственной семье или сочувствовал знакомым, друзьям и родным, понимает, что легализация наркотиков — это преступление против собственных детей.

Новая власть, с которой связывают надежду на лучшее, взяла на себя не только нелегкую ношу собственных обязательств, но и получила в наследство бремя нерешенных проблем. Среди них ужасающая по своим масштабам проблема наркомании. Готова ли власть к этому вызову?

Наркомания уже стала объективной реальностью. Эта горькая плата Украины за ее открытость миру. В семье, где есть наркоман, жизнь превращается в ад. Люди становятся беспомощными — к кому обратиться за помощью, с кем посоветоваться, как вызволить дочку или сына из беды.

По данным исследовательских центров (у госстатистики отсутствуют объективные показатели), у нас самые высокие в Европе темпы роста наркозависимых. Как следствие — такие же высокие темпы увеличения количества ВИЧ-инфицированных. О высокой смертности среди молодежи тоже известно — человек гибнет после пяти-десяти лет активного употребления наркотиков.

Государство оказалось бессильным в противодействии распространению наркотиков среди молодежи. Собственно, с общегосударственными и ведомственными программами на бумаге как будто все хорошо. Запланированы десятки мероприятий, на ближайшие десять лет на борьбу с этим бедствием и профилактику выделены десятки миллионов бюджетных гривен. Но какова их эффективность? Реальное положение ухудшается из года в год.

Складывается впечатление, что такая ситуация устраивает многих. Чиновники делят средства между ведомствами, правоохранители загружены работой, у медиков постоянные пациенты. И настоящими хозяевами жизни чувствуют себя наркодельцы — рыночные условия превратили наркотик в сверхприбыльный преступный бизнес, рентабельность которого достигает 1000 процентов!

К сожалению, официальная медицина не обременяет себя поиском эффективных способов лечения и реабилитации наркозависимых. Вместо этого Министерство здравоохранения в качестве спасательной соломинки предлагает программу так называемой заместительной терапии, которая финансируется Международным фондом «Відродження». В Украине все чаще звучит и уже становится обычным слово «метадон», который нам откровенно навязывают в качестве главного рецепта для лечения наркомании.

Как политик со стажем я привыкла не принимать на веру то, что предлагается, а пытаюсь сначала изучить разные мнения.

Что скрывается за внешне респектабельной вывеской «метадоновые программы» или же «программы заместительной терапии»?

Метадон — не обычное лечебное средство, а наркотик группы опиатов, полученный синтетическим путем. Главное «преимущество» метадона в том, что он дешевле в производстве, выпускается в виде таблеток или сиропа, и, дескать, таким образом инъекционные наркоманы могут избежать заражения СПИДом и другими инфекционными заболеваниями. То есть взамен грязного шприца и дозы героина или «ширки» наркоман будет получать бесплатно(!) от государства порцию наркотика-заместителя. Авторы заместительной терапии уверяют, что, постепенно снижая дозу метадона, можно избавиться от зависимости и отказаться от наркотиков, а со временем вернуться к полноценной жизни в обществе.

Реальная ситуация свидетельствует о другом. Метадон уже десятки лет используется в международной наркологической практике и, как выяснилось, ни в одной стране не дал эффективных результатов. Доказано, что у метадона более сильное и длительное действие, чем у героина, и он быстро вызывает новую зависимость. Возникла даже новая категория наркоманов — метадонозависимые.

Специалисты-наркологи во многих странах давно пришли к выводу: проблему наркомании решить только заменой одного наркотика другим невозможно — «золотой» таблетки, которая бы могла вылечить наркомана, не существует.

Ассоциация «МОНАР» в Польше, у которой одна из самых эффективных методик реабилитации наркозависимых в мире, за всю 25-летнюю историю деятельности никогда не применяла лечение метадоном. По их мнению, у каждого человека должен быть шанс на выздоровление.

Известный шведский врач-нарколог Томас Халберг откровенно называет метадоновую терапию «тупым инструментом, который в неумелых руках может нанести большой вред индивиду и обществу».

В Российской Федерации, чтобы не наступать на те же «трабли», законодательно запретили применять метадон в программах лечения и реабилитации наркозависимых.

Категорическую позицию против метадоновых программ в Украине занимает общественная организация Всеукраинский родительский комитет борьбы с наркотиками. Родители, преодолевшие проблему в собственных семьях, знают о ней не из книг. Их собственный жизненный опыт однозначно подтверждает: метадон — это опасный наркотик, вызывающий быстрое привыкание, еще большую зависимость, чем героин, и необходимость постоянно увеличивать дозы. Он не замещает другие наркотики, а является только добавкой к наркоманскому «рациону». А самое главное — метадон лишает наркомана мотивации к лечению. В сущности, это сознательное продолжение наркотизации под медицинским контролем.

Свою позицию по поводу внедрения метадона неоднократно высказывал начальник департамента по борь-

бе с незаконным оборотом наркотиков МВД Украины Анатолий Науменко. Метадоновые программы — это сознательный обман, считают представители правоохранительных органов, ведь вместо лечения больных их окончательно «подсаживают» на опасный наркотик. За новой терминологией о методиках «снижения вреда» скрывается лоббирование бизнес-интересов западных фармацевтических фирм — производителей метадона, которым нужны новые рынки сбыта.

Правоохранители свидетельствуют: еще до внедрения заместительной терапии на «черном» рынке в Украине уже появились первые партии метадона. Стоимость одного грамма достигает 150—200 долларов США. Сможет ли врач, месячная зарплата которого намного ниже этой суммы, отказаться от искушения улучшить свое материальное положение? Метадоновая программа только расширяет спектр наркотиков.

В наших условиях методика замещения сильных наркотиков «чистыми», наподобие метадона, под контролем врача — это, в сущности, капитуляция перед наркоманией. Это бессильное признание того, что сотни тысяч молодых людей сегодня не смогут прожить без «химического костыля». Аргументы, напоминающие те, что деньги, полученные сегодня наркодельцами, будут идти в государственную казну, — не менее циничны. Государство не может зарабатывать на вреде здоровью своих граждан!

Внедрение метадоновой программы, которую Министерство здравоохранения Украины считает панацеей от наркомании и ВИЧ/СПИД, на самом деле означает, что в стране фактически предлагается легализовать употребления наркотиков, но «под контролем» наркологических учреждений.

Единственная разумная альтернатива сомнительным медикаментозным методикам — это программы социально-психологической реабилитации наркозависимых, коллективная психо- и трудотерапия, немалый опыт использования которых есть у нас в Украине. К сожалению, его на протяжении длительного времени фактически игнорируют чиновники. Нужна деятельная поддержка и помощь государства, ведь сегодня вся работа проводится только за средства родителей, общественных и благотворительных организаций. Но государство, в свое время разрушившее систему ЛТП в официальной наркологии, так ничего и не предложило взамен, оставаясь посторонним наблюдателем.

По мнению специалистов, для эффективного наступления на наркотики нужно прежде всего на уровне закона радикально изменять ситуацию в стране.

Во-первых, ввести альтернативную подследственность по отношению к преступлениям в сфере оборота наркотиков. Сегодня эти сферы разделены между спецподразделениями МВД и СБУ, а общее дело от этого только проигрывает. Кроме того, работу правоохранительных органов стоит оценивать не по количеству возбужденных уголовных дел против самих наркозависимых. Это неадекватная оценка. Реальный критерий — имеющаяся розничная цена на наркотики на наркорынке. Если она низкая, как сегодня, то ломаного гроша не стоят все усилия, если высокая

— значит, правоохранители действуют эффективно.

Необходимо внедрить в судебную практику нормы, которые освобождали бы от уголовной ответственности или смягчали ее по отношению к лицам, добровольно помогающим в раскрытии преступлений, связанных с наркотиками.

Во-вторых, для обеспечения эффективного контроля за оборотом наркотических веществ в Украине нужно предоставить национальному уполномоченному органу в этой сфере — Комитету по контролю за наркотиками — необходимое материально-техническое и финансовое обеспечение, увеличить количество работников, расширить структуру, создать экспертные и рабочие территориальные органы. И, что важно, учитывая серьезность возложенных на них задач, решить вопрос социального обеспечения и защиты сотрудников комитета, повысив оплату их труда.

В-третьих, следует вытеснить из медицинской практики сомнительные методики лечения наркомании и навести порядок в лицензировании этого вида деятельности. А следовательно, внести изменения в законодательство, регламентирующее такую деятельность.

Законодателям нужно ускорить также принятие новой редакции закона Украины «Об обороте в Украине наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров» и взять под парламентский контроль проведение соответствующих изменений в подзаконные акты.

И наконец, определить законом полномочия центров, действующих на общественных началах и занимающихся социально-психологической реабилитацией наркозависимых и профилактикой наркомании. Складывается странная ситуация: Министерство по делам семьи и молодежи, которое должно заниматься этим вопросом, на самом деле только ведет учет действующих общественных центров и не может выделить в их поддержку ни единой копейки!

Каблиновское постановление о типовом положении относительно центров ресоциализации наркозависимой молодежи «Твоя победа» так и осталось всего лишь красивым документом. Зарегистрировать реабилитационный центр на его основании невозможно. Этот документ не согласован с другими законами, не отработан с Минфином и Минсоцполитики, которые регулируют нормативы деятельности подобных учреждений, и главное — не определил источник финансовой поддержки таких центров государством.

Возникает вопрос: как Министерство по делам семьи и молодежи планирует использовать те почти 14 миллионов гривен, выделяемых ежегодно из бюджета по государственной программе борьбы с наркоманией? В минувшем году среди программ молодежных организаций по противодействию наркомании лишь одна получила бюджетное финансирование! Вполне очевидно, что использование государственных средств на такие программы должно быть целевым, а не расплываться на одноразовые мероприятия и бумаготворчество.

Сегодня нужны не кулуарные решения министерских чиновников, а открытый диалог со всеми здоровыми силами — специалистами, общественными активистами, социальными работниками, искренне заинтересованными в противодействии наркомании.

НАРКОМАНИЯ КАК СРЕДСТВО ПОЛИТРЕКЛАМЫ

Сергей ШЕВЧУК, народный депутат Украины («Зеркало недели», № 10 (538) 19–25 марта 2005)

Признаком начала весны является прилет скворцов. Признаком начала избирательного периода для некоторых политических сил является появление в средствах массовой информации темы борьбы с наркоманией. Имею в виду статью А.Кужель «Наркотический паек от государства, или Нужны ли «костыли» наркоману?» в «ЗН», №9 с.г.

В 2001 году партийный босс автора статьи организовывал телемосты по проблемам наркомании, «трудовики» готовили телепередачи об открытии приюта для наркозависимых где-то в сельской местности. После выборов 2002 года интерес к теме исчез.

Так было и в прошлом году — избирательный штаб единого от власти кандидата (если не весь, то его руководитель точно) вдруг проникся вопросом здорового образа жизни девиантной части молодежи. Как засвидетельствовала практика — ненадолго.

В 2001 году эти политики даже привлекали зарубежных специалистов, конечно же, из России. Для усиления политической саморекламы с помощью наркопроблематики. Работая в то время в Министерстве здравоохранения, я хорошо запомнил их визиты и разговоры по типу: «Мы хотим заняться борьбой с наркоманией в Украине. Минздрав не возражает? Тогда расскажите нам подробнее, в чем суть проблемы и как ее решать». — «Короткого разговора для этого слишком мало. Организуйте семинар, пригласите специалистов наркослужбы», — посоветовали в министерстве.

К совету они прислушались, семинар организовали. Поведав политикам, прибыли специалисты, разработали комплекс мероприятий. Но политики исчезли, не оплатив участникам семинара даже гостиницу. А проблема осталась.

В статье А. Кужель, вызвавшей резонанс в среде тех, кто в теме, российский «опыт» опять присутствует. Автор ставит в пример Российскую Федерацию, где, по ее словам, запретили применять метадон в программах лечения. Специалисты помнят, что такой подход (запрет заместительной терапии) существовал еще в советские времена. Московские ученые всегда придерживались принципа одномоментного отлучения от опиатов, а не постепенного. А тяжелую симптоматику «ломки» предлагали лечить такими экспериментальными средствами, которые лечебными назвать трудно. Это вещества, вызывавшие сильный жар, сильное потоотделение, рвоту, плюс так называемые «корректоры поведения» — психотропные агенты, при определенных навыках, превращавшие больного в скотоподобное существо. Его легко было привязать к кровати (извините, тогда употреблялся научный термин — прификсировать). Непослушных ожидала пиротерапия — введение в мышцу полурастворенной в растительном масле серы.

Минздрав УССР должен был прислушиваться тогда к методическим советам союзного министерства. Тогда. А теперь? Вспомним для себя, да и автору напомним, содержание ст. 28 Конституции Украины: «Каждый имеет право на уважение его достоинства. Никто не может быть подвергнут пытке, жестокому, нечеловеческому или унижающему его достоинство обращению либо наказанию.

Ни один человек без его добровольного согласия не может быть подвергнут медицинским, научным или иным опытам».

Не следует госпоже А. Кужель грустить по поводу того,

что «государство, в свое время разрушившее систему АТП в официальной наркологии, так ничего и не предложило взамен». Архипелаг АТП, был, в сущности, суррогатом колоний, где принудительное лечение наркологических больных, кроме вышеупомянутых методик, дополнялось еще одним «целebным» фактором — трудотерапией. Где-то попадалась уже в истории надпись над воротами. «Труд делает вас свободными». Не так ли?

Теперь о метадоновой программе и МВД. А. Кужель ссылается в статье на мнения бюстителей порядка. Отдельные из них достойны того, чтобы привести их повторно. Внимание! «Если цена наркотиков на наркорынке высокая — значит, правоохранители действуют против наркопреступников эффективно». Кто-то спрашивает: если сегодня наркоману для приобретения недельной дозы опиатов достаточно отработать одну квартиру, то следует довести его недельный план до трех? Или другое: «Необходимо внедрить в судебную практику нормы, которые освобождали бы от уголовной ответственности или смягчали ее по отношению к лицам, добровольно помогающим в раскрытии преступлений, связанных с наркотиками». Только дилетант не знает, что значительная часть наркоманов «служат» сексотепами у бюстителей порядка (у одного, двоих или многих), и кто кого обводит вокруг пальца — вопрос очень интересный.

Метадоновая терапия объективно уменьшает нелегальный оборот наркотиков, социализирует пациентов, понижает риск противозаконных действий с их стороны. Этому никто не сможет отрицать. Бить тревогу могут только те, кто, сознательно или нет, обеспокоен уменьшением оборота наркобизнеса: наркоторговцы и оборотни. Приведу пример. В одной из западных областей врачи-наркологи ввели заместительную терапию наркобольных. Через несколько месяцев торговцы наркотой (это были местные цыгане) похитили врача и в течение двух суток содержания в наручниках растолковали ему, сколько средств они потеряли от уменьшения покупки наркозелья. Реагирует ли милиция надлежащим образом на обращения родителей молодых наркоманов? Потому как народный депутат Украины хочу, пользуясь случаем, попросить министра внутренних дел Украины г-на Луценко не только бороться со взяточничеством среди гаишников, но и расследовать, что является «крышей» для наркобизнеса. Да и новоназначенному руководству других спецслужб следовало бы присмотреться, нет ли наркоплатен на мундирах отдельных должностных лиц.

И напоследок о врачах. Украинские и зарубежные наркологи, архитязжело работая с контингентом наркоманов, конечно, ищут более эффективные средства терапии. Они дискутируют и по поводу результатов заместительного лечения метадоном. Мнения разные, однако все сходится в одном — лучшего на сегодняшний день нет. Поэтому существует святой принцип — индивидуальный подход к больному. Одному — метадон, другому — психотерапия и плацебо, еще кому-то — изоляция от общества, а для кого-то спасением могут стать дело, бизнес, семья. Право врача — решать, как помочь человеку, обратившемуся за помощью. В наркологии медики видят перед собой не олигарха или бомжа, милиционера или вора, а просто больного человека! Ему иногда нужны «костыли».

«НЕ СТОИТ, ГОСПОЖА КУЖЕЛЬ, ИРОНИЗИРОВАТЬ...»

«Зеркало недели», № 13 (541) 9–15 апреля 2005

Очевидно, вследствие неоднозначного отношения общества к наркозависимым ни один из методов лечения не изучался столь тщательно, как заместительная терапия. Наше видение основано на результатах сотен исследований, проведенных в странах Европейского Союза, США да и практически во всем мире. К сожалению, из Вашей статьи «Наркотический паек...» («ЗН», № 9, 2005 г.) непонятно, кто помог Вам прийти к убеждению, что якобы «ни в одной стране метадон не дал эффективных результатов».

Трудно с Вами не согласиться: легализация наркотиков в Украине — это преступление. Вместе с тем следует учитывать, что в мире принято разграничивать легализацию наркотиков и программы заместительной терапии. Заместительная терапия — это вид лечения опиоидной зависимости, предусматривающий использование препаратов, действие которых позволяет предотвращать развитие синдрома отмены («ломки») и блокировать влечение к нелегальным опиоидам. Легализация же предусматривает свободный доступ к так называемым «легким наркотическим веществам» (препаратам конопли) в четко определенных местах, что способствует коммерциализации этих продуктов в условиях их легального употребления.

Таким образом, когда речь идет о заместительной терапии, имеется в виду помощь тем, кто неоднократно пытался лечиться от зависимости, но к тому времени еще не был готов полностью отказаться от употребления наркотических веществ. Странны Ваши слова по поводу того, что «метадон является только добавкой к наркоманскому «рациону». Ведь участие в программах заместительной терапии рекомендуется врачами только в тех случаях, когда в наличии: длительное употребление наркотических веществ наряду с неоднократными попытками прохождения программ реабилитации; четкая система контроля за наличием в организме наркотических веществ; обязательное участие клиентов в информационно-мотивационных консультациях.

В своей статье Вы апеллируете к опыту тех стран, а точнее, одной страны (Российская Федерация), наркополитику которой отнюдь нельзя назвать эффективной, в чем легко убедиться, ознакомившись с жуткой статистикой употребления наркотических веществ в этой стране.

Вы считаете, что «метадон лишает наркомана мотивации к лечению». Однако результаты исследований доказывают обратное. Так, американские исследователи Дж. Болл и Э. Росс изучали эффективность шести метадоновых программ, в которых участвовали более тысячи пациентов. И пришли к выводу: хорошо налаженные системы консультативной помощи дают возможность полностью пресечь употребление наркотических веществ путем инъекций около 70 % клиентов программ заместительной терапии. Изучение влияния психосоциальной поддержки в программах заместительной терапии другими американскими исследователями — Т. Макленом и И. Арндтом — продемонстрировало, что социально-психологические услуги, которые являются частью программ заместительной терапии, спо-

собствуют поиску работы клиентами, снижают их уголовную активность, улучшают психическое здоровье.

Наша позиция по отстаиванию программ заместительной терапии не означает непринятие реабилитационных программ, в которых не используется заместительная терапия. Упомянутый Вами опыт польских «МОНАРов», которые «за всю 25-летнюю историю деятельности никогда не применяли лечение метадонном», действительно заслуживает уважения. Но следует учитывать, что в Польше программы заместительной терапии действуют еще с 1993 года. Сосуществование программ заместительной терапии и социально-психологической реабилитации в демократическом государстве говорит о заинтересованности в решении этой проблемы и профессионализме в постижении реальных путей ее преодоления. При этом хочется подчеркнуть, что такие программы рассматриваются не как альтернатива, а как разумное сочетание для достижения максимально эффективного результата.

Что же касается обогащения «государственной казны» от продажи метадона, то мы имеем дело не с поступлением денег в казну, а с прекращением финансирования наркобизнеса. Так, наркоман, расходующий 30–50 долларов в день на наркотики, попав в программу заместительной терапии, недоплачивает наркобизнесу как минимум 10 000 долларов в год. Нетрудно подсчитать, что сто наркоманов способны лишить наркобизнес по меньшей мере 1 млн долларов в год! Так кому же, кроме наркобизнеса, невыгодны программы заместительной терапии?

Не стоит, госпожа Кужель, иронизировать по поводу заместительной терапии как «панацеи» от ВИЧ/СПИД, ведь статистические данные свидетельствуют о том, что от 60 до 70 % ВИЧ-инфицированных в Украине являются потребителями именно инъекционных наркотических веществ. И в данном случае заместительная терапия — это реальный шанс сохранить людям жизнь.

И, в конце концов, давайте не будем нарушать пределы собственной компетенции и называть «сомнительными методами лечения» то, о чем мы мало знаем, и что, возможно, просто непонятно. Иначе дискуссия о заместительной терапии приобретет формы упоминавшихся Вами «кулуарных решений».

Алла БОЙКО, магистр социальной работы, старший преподаватель Школы социальной работы им. В. Полтавца Национального университета «Киево-Могилянская академия»;

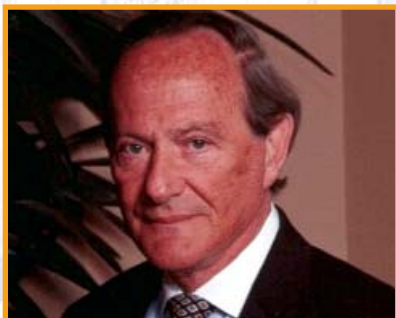
Ирэна ГРИГА, кандидат медицинских наук, руководитель Школы социальной работы им. В. Полтавца Национального университета «Киево-Могилянская академия»;

Татьяна СЕМЬГИНА, магистр социальной работы, руководитель магистерской программы «Социальная работа» Национального университета «Киево-Могилянская академия»;

Дарина БОГДАН, бакалавр социальной работы (Киевский ресурсный центр по вопросам ВИЧ/СПИД)

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Роберт Ньюман («Новости ВИЧ/СПИД», выпуск 1, 2002)



Роберт Ньюман

Роберт Ньюман — доктор медицины, директор Института химической зависимости Барон Эдмонд де Ротшильд Медицинского центра Бет Израил в Нью-Йорке. В течение последних тридцати лет он принимал участие в планировании и направлении деятельности в нескольких наиболее масштабных программах по лечению зависимости в мире, включая метадоновые программы в Нью-Йорке и Гонконге. Он выступал в защиту эффективного лечения зависимости во многих регионах, а в последнее время, совместно со Международной программой снижения вреда и Фондом Сороса, в бывшем Советском Союзе и Восточной Европе.

Несмотря на продолжительное противостояние использованию заместительной терапии (особенно метадона) при лечении опиатной зависимости, сотни отчетов во всем мире в течение более тридцати лет последовательно документируют опыт его терапевтического применения, который можно подытожить следующим образом:

1. Метадон абсолютно безопасен, если следовать некоторым простым правилам — начальная доза не более 30 или максимум 40 мг в день при последующем увеличении не более чем на 10 мг дважды в неделю.
2. Лечение метадонем связано с резким снижением нелегального потребления героина и намного меньшим, но все же значительным снижением потребления других нелегальных наркотиков.
3. Метадонную терапию можно инициировать достаточно быстро в больших масштабах по сравнительно невысокой стоимости. Например, в Нью-Йорке в начале 70-х городское отделение здравоохранения учредило около 40 «клиник», в которых в течение двух лет состояло более 11 000 пациентов. На другом конце света, в Гонконге, около 10 000 пациентов поступили на лечение в течение первого года работы сети метадонных программ.
4. Исходя из данных регистрации пациентов, приведенных выше (как нью-йоркская, так и гон-

конгская программы были добровольными — не применялось юридическое или другого вида принуждение), лечение метадонем привлекает большое число нелегальных опиатчиков, воспринимающих его вопреки тому, что ежедневные дозы метадона не создают никакой эйфории.

5. Метадон можно принимать в течение многих лет и даже десятилетий без каких-либо побочных эффектов. Правда, у некоторых пациентов проявляются тенденции к задержке стула или диарее. Дозировку можно неограниченно долго поддерживать на постоянном уровне без привыкания.

Так почему же во многих странах мира все еще существует настолько сильное предубеждение против метадона? Есть несколько причин. Во-первых, общество в целом, политические лидеры и даже медицинские учреждения ожидают от лечения зависимости невозможного практически для всякой области медицины — исцеления! На самом деле этиология этого заболевания неясна, хотя, безусловно, комплексна — никто никогда не представлял достоверных доказательств того, что причины заболевания, какими бы они ни были, можно устранить. Существует тенденция определять эффективность лечения метадонем по его влиянию после прекращения приема препарата. Это настолько же эффективно, как измерение действия противозачаточных препаратов посредством оценки количества беременностей в следующем году после прекращения приема таблеток. Упорно продолжают настаивать на том, что зависимость — состояние, которое можно устранить без какой-либо помощи со стороны, если только существует мотивация. Любой курильщик, борющийся с никотиновой зависимостью, знает, что это — абсурд. Равно как абсурдно и отношение «программ» и врачей, отвечающих на симптомы заболевания наказанием или прекращением лечения пациентов. Это просто глупость и подобно отказу в инсулине диабетикам, которые втихую время от времени съедают мороженое, в результате чего у них повышается уровень сахара в крови. Следовать режиму приема лекарств сложно; ответом на нарушение не должно быть оставление пациента.

Мой личный опыт в области лечения зависимости метадонем показывает, что практически на каждый вопрос или сомнение можно недвусмысленно ответить, применив одну стандартную перспективу: как к этому вопросу отнесутся при лечении любого другого хронического заболевания? Когда такой подход применяется в отношении лечения и ухода за зависимыми людьми, ответы быстро становятся очевидными.

РОБЕРТ НЬЮМАН: «МЕТАДОН — ЭТО ЛЕКАРСТВО, КОТОРОЕ ПРИНОСИТ ПОЛЬЗУ ВСЕМУ ОБЩЕСТВУ»

Татьяна Дешко («Новости ВИЧ/СПИД: политика и адвокация»
№№ 5—6, 2005)

Интервью с Робертом Ньюманом, которое он дал во время 16-й Международной конференции снижения вреда в г. Белфаст (Северная Ирландия) в 2005 году

Татьяна Дешко: Вы уже трижды бывали в Украине. Каковы Ваши впечатления в плане ситуации с заместительной терапией и как, по Вашему мнению, будет развиваться заместительная терапия именно в Украине?

Роберт Ньюман: У меня создалось такое впечатление, которое возникает обычно во время визита в любую страну, где очень много наркозависимых и, по сути, нет никакого лечения. В Украине такая же ситуация — лечение отсутствует. Конечно, есть наркологи, есть определенные отделения в больницах, но в стране десятки тысяч наркозависимых, которые не могут получить никакой помощи. Это означает, что нет альтернативы решению этой проблемы, в то время как все больше людей привыкают к наркотикам. Похоже на то, что никто не осмелился взять на себя ответственность и сказать: «Моя цель — обеспечить лечение каждому человеку, который в этом нуждается». Проблема в полном безразличии. В США — та же ситуация. Там слишком много политиков и других людей, которые выступают против увеличения количества наркозависимых. В то же время ни один из них не выступил с требованием о расширении лечения. Но именно этого и не хватает. По моему мнению, группы потребителей — это те люди, которые бы смогли решить эту проблему. Даже эффективнее была бы работа не так потребителей, как их родителей. Нужно найти мать и отца, а лучше — мать с поседевшими волосами, похожую на соседку по улице, или человека, который покупает мясо в магазине, чтобы он сказал: «Мой сын потребляет наркотики уже 10 лет. Уже десять лет он хочет лечиться, он знает счастье, он не хотел продолжать, он хотел отказаться от наркотиков, но ему некуда было обратиться за помощью». Если бы вам удалось найти достаточное количество таких людей, тогда, возможно, был бы какой-то успех.

Т. Д.: У нас, наоборот, сложилась такая ситуация, когда некоторые родители потребителей наркотиков считают, что метадон — это такой же наркотик, как и любой другой.

Р. Н.: Могу рассказать, что изменило ситуацию в Германии. У одной старой госпожи, вдовы, был сын, красивый мальчик. Когда я с ним познакомился, ему было приблизительно 28—29 лет. К тому времени он употреблял наркотики на протяжении 12 лет. Мальчик прошел 30 разных курсов детоксикации как в стационаре, так и за его пределами. После этого поехал в Нидерланды,



Матери пациентов программ ЗПТ, г. Киев, 2007 год

где начал лечение метадоном. Он стал новым человеком. Вернулся домой, нашел врача, который стал лечить его метадоном, пошел учиться. Вскоре врача арестовали. Через шесть месяцев мальчик покончил жизнь самоубийством. Тогда его мать начала войну — информационную войну, войну требований, — в результате чего сегодня 60 тысяч людей в Германии принимают метадон. Это именно то, что вам нужно. Учтите еще один момент. В Германии существует большое количество родительских организаций. Уже на протяжении семи-восьми лет каждый год 21-го июля проходят торжества, протесты и богослужения по всей стране, направленные против репрессивной наркополитики. В небольших поселках и больших городах, иногда в середине города, стоят большие камни — памятники жертвам наркотиков, а не самим наркотикам. Я советую вам организовать группу из 6—7 родителей, чтобы они посетили своих коллег в Германии. Немцам нравится, когда к ним приезжают. Кроме того, по

моему мнению, они могли бы поделиться с украинцами своим опытом. Я знаю поименно всех этих людей. Советую вам поехать в Германию 21-го июля, посмотреть на монументы жертвам наркотиков — нашим детям, которые понапрасну погибли из-за этих проклятых репрессивных законов.

Т. Д.: Как Вы в большинстве случаев реагируете на критику, направленную против метадона? В Украине так повелось, что любой человек, который хочет высказаться против метадона, говорит: «Метадон — это бесплатный наркотик для потребителей наркотиков, мы не хотим его выдавать».

Р. Н.: Как свидетельствует мировая практика, метадон — это лекарство, которое приносило пользу всему обществу. Давайте забудем, как он влияет на потребителей наркотиков. Все равно, получают они кайф от метадона или нет. Можно бесконечно разговаривать о фармакологии. Что метадон в самом деле может — это снизить уровень краж и преступности в обществе, а также — уменьшить риск того, что ваша дочурка или сын, которые никогда не употребляли и не употребляют наркотики, могут заболеть СПИД из-за того, что у них были сексуальные отношения с наркозависимым человеком. Ваша бабушка в опасности на улице, так как эти люди грабят других, чтобы получить деньги на героин. Не голосуйте за метадон ради потребителей наркотиков. Ненавидьте их. Вы должны поддержать метадон ради нужд всего общества.

Т. Д.: Относительно альтернативы метадона — бупренорфина. Правительства многих стран, в том числе и Украины, не имеют ничего против бупренорфина, который считают лекарством. Но метадон считают чем-то таким, чего не должно быть в стране. Метадон стал чуть ли не самым политизированным препаратом.

Р. Н.: Конечно, связь с политикой очевидна, в то же время это бессмыслица, в этом нет никакого смысла, но существует множество стран, в которых сложилась подобная ситуация. Люди говорят: «Я ненавижу метадон». Конечно, мы не можем ничего поделать с тем, что они его ненавидят. В то же время эти люди заявляют: «Бупренорфин — это нечто совсем другое». Лишь в одной стране преимущество отдано бупренорфину, и 80 тысяч человек принимают бупренорфин. Такой страной является Франция, где на сегодня число пациентов, которые принимают метадон, увеличилось с нуля до 10 тысяч. Но, если бы не было бупренорфина, лечение во Франции

никогда бы не началось. Я лично имею больше опыта и знаний о метадоне. Я знаю, как действует метадон, знаю, что он безопасен и эффективен. В то же время я убедился в том, что в тех странах, где игнорируют метадон, можно внедрять лечение бупренорфином. Обычно я ставлю один вопрос людям, которые выступают против метадона: «Я знаю, что вы против метадона. Сегодня в Нью-Йорке 35 тысяч людей принимают метадон. Если завтра мы прекратим лечение, то придется провести детоксикацию на протяжении трех недель. Что, по вашему мнению, будут делать все эти 35 тысяч? Как это повлияет на город?» Ответ одинаков: «Нет, в любом случае. Нужно провести другое лечение». Но другого лечения не существует.

Такая же ситуация и с бупренорфином. Если бы 60—80 тысяч зависимых от героина французов не принимали бупренорфин, они бы оказались на улице, что было бы намного хуже. По моему мнению, эти люди чувствовали бы себя лучше, если бы принимали метадон. Ведь любое лечение лучше, чем улица. Я скажу так: если вам легче заниматься адвокацией бупренорфина, тогда делайте это. Но вы должны понять одно. Если вы продаете совсем не то, что обещаете, и эти обещания не оправдают себя, рано или поздно придется заплатить большую цену.

Имеется в виду, что, когда вы говорите: «Ладно, вам не нравится метадон. Но бупренорфин — очень безопасный. Принимая этот препарат, люди не умирают», — это неправда. Люди умирают. Они вводят бупренорфин вместе с диазопином — и от этого много смертей. Следовательно, нельзя говорить, что бупренорфин — это универсальное средство и черного рынка не будет. Черный рынок существует всегда. Черный рынок есть во Франции, во всех странах, где практикуют лечение бупренорфином. Неправда и то, что метадон — это навсегда, а от бупренорфина легко отказаться. Это стопроцентная неправда. Дело не в том, тяжело отказаться от метадона или нет. Всем прекрасно известно, что после любого лечения, независимо от того, метадон ли это, бупренорфин, акупунктура или гипноз, все равно 2/3 потребителей возвращаются к наркотикам. Сегодня люди в Украине говорят: «Хорошо, мы будем использовать бупренорфин. Потому что уже приблизительно через год или два потребители пройдут детоксикацию и будут жить счастливее, чем до сих пор». А что будет через три года? Детоксикация не повлияет на потребителей. Да, они пройдут детоксикацию, но все равно вернуться к наркотикам. А затем они скажут: «Нам больше не нужна эта заместительная терапия, мы возвращаемся в тюрьму», или что-то вроде этого. Но ни в коем случае не предлагайте что-то, когда знаете, что это не является правдой.

ИНТЕРВЬЮ С УЧАСТНИКОМ ПРОГРАММЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Павел Скала («Новости ВИЧ/СПИД: политика и адвокаты» №№ 7–9, 2006)

Вашему вниманию предлагается интервью с одним из первых клиентов программы ЗТ в г. Херсоне Олегом Войнаренко, который вместе с другими участниками программы основал общественную организацию «Клуб «Пробуждения», одним из направлений работы которой является адвокация доступа ПИН к программам ЗТ как на региональном, так и на национальном уровне.

Павел Скала: Какой «стаж» употребления наркотиков был у тебя на тот момент, когда довелось оказаться в программе заместительной терапии?

Олег Войнаренко: Начинал я с конопли — 4 года, потом 2 года инъекционного употребления морфия и омнопона, последний этап — 5 лет инъекционного употребления «ширки», т.е. ацетилированного опия, с добавлением димедрола. Пару раз пробовал «эффект» и «колдакт». Вот вроде бы и все...

П. С.: Что тебя привело в программу ЗТ, как все начиналось?

О. В.: В программу ЗТ меня привели безысходность и интуитивная надежда на выздоровление. В последний год, когда я принимал инъекционным путем опий, до меня дошло: второго года уже не будет. Наркотический стиль жизни, а точнее существование, истощили меня как физически, так и морально. Состояние моего здоровья оставляло желать лучшего, психика была полностью разрушенной, моральное состояние давило на меня со всех сторон. О финансовом положении я вообще не говорю... От такого «джентльменского набора» у любого могут «мозги закипеть». По-видимому, что-то такое со мной и случилось бы, если бы не заместительная терапия. Мне очень повезло, я получил шанс, какой представляется, может, один раз за всю жизнь. Даже сегодня я благодарен Господу за то, что мой товарищ не сдался после попыток найти меня в течение месяца, чтобы предложить мне обратиться в программу ЗТ. Во время встречи он рассказал мне о программе и как в нее попасть. Тогда я почувствовал, что это мой шанс.

Припоминаю свое первое собеседование с врачом-наркологом Ириной Александровной Ближевской, которая подбирала клиентов в программу. В наркологический диспансер, на базе которого существовала программа ЗТ, я попал 7 июня 2004 года (именно в тот день я узнал от товарища о ЗТ). Врач согласилась взять меня в программу, но лишь через неделю.

Меня это не очень устраивало. Во-первых, мне хотелось как можно быстрее попасть в программу, ведь для наркозависимого человека неделя — это длительный срок, и кто знает, что может случиться за это время. Во-вторых, именно через неделю у меня был день рождения, а первые три дня программы предстояло провести в закрытом стационарном отделении на территории местной психиатрической больницы. Таково было необходимое условие для определения индивидуальной дозы бупренорфина. Я стал настаивать на сокращении срока ожидания до 2–3



Олег Войнаренко выступает на пресс-конференции, посвященной открытию Первой Национальной конференции по снижению вреда, г. Киев, февраль 2006 год

дней, но Ирина Александровна ответила, что это физически невозможно, к тому же передо мной в очереди стояли еще два кандидата на включение в программу. Когда врач узнала о дате моего рождения, она ответила: «Считай, что это будет тебе подарок». Поэтому ровно через неделю, 14 июня, в свой день рождения я пришел в наркодиспансер за направлением в психиатрическую больницу. Можете себе представить? Наркозависимый, который испытал на себе все виды лечения и потерял любую надежду когда-либо вылечиться, добровольно соглашается закрыть себя в психиатрической больнице, да еще и на свой день рождения. И скажите после этого, что это просто случайность... Следовательно, это был мой единственный шанс, и я им воспользовался полностью. Кстати, не буду оригинальным, если скажу, что почти каждый участник программы ЗТ придерживается того же мнения, что и я.

П. С.: Расскажи об отличии между нелегальными наркотиками, которые употребляются инъекцион-

ным путем, и препаратом заместительного действия (бупренорфином)?

О. В.: Отличие очень большое, хотя, конечно, есть что-то общее. Начну с последнего. По-видимому, главное общее качество — это все же физическая зависимость. Относительно психологической зависимости — не знаю, пока еще не готов сказать, поскольку я все еще нахожусь в программе и принимаю бупренорфин. Теперь об отличии. Такой пример: каждую субботу нам выдают двойную дозу препарата, поскольку в воскресенье больница не работает, а «на руки» по инструкции выдавать запрещено. Приблизительно на четвертый месяц я случайно опоздал в субботу и не получил препарат. В субботу было еще ничего, чувствовалась доза, принятая в пятницу. Но в воскресенье после обеда я стал ощущать серьезный дискомфорт. Следует сказать, что у многих пациентов этот дискомфорт ощущается либо чуть сильнее, либо чуть слабее, в зависимости от физиологического состояния. Так вот, я почувствовал дискомфорт, казалось, что меня «кумарит», и я должен пойти уколиться (кстати, у меня была такая возможность). Но я хотел, чтобы наступил понедельник и я мог бы пойти получить свои таблетки. По моему мнению, это была не психологическая зависимость от бупренорфина, просто я понимал, к чему мог привести один-единствен-

но употреблял нелегальные наркотики, то не мог следить за своим здоровьем, что привело к определенным необратимым последствиям. Впрочем, коль скоро я попал в программу ЗТ, у меня появились все возможности и условия заниматься своим здоровьем. То же касается и других участников программы.

П. С.: Как именно повлияло участие в программе ЗТ на ее участников? Приведи, пожалуйста, какие-то примеры успеха или, напротив, неудачи.

О. В.: По моему мнению, программа ЗТ превзошла все ожидания мои и моих товарищей. В начале программы в нее попали люди с длительным стажем потребления наркотиков, которые имели абсолютно разные характеры и взгляды на жизнь. Все эти вещи в обычной жизни никогда бы не позволили объединиться таким людям. А программе ЗТ это удалось очень легко. Может, мои слова выглядят слишком пафосно, но, действительно, проблема одного пациента программы ЗТ — это общая проблема. Мы стали более откровенны и сплочены. Вот как повлияла на нас эта программа. Из 17-ти участников программы во время употребления нелегальных наркотиков официально работали лишь двое. Сегодня работают все. Почти все участники программы сумели наладить или стабилизировать семейные отношения, личную жизнь. А главное — все смогли почувствовать, что кое-что могут.

П. С.: Сколько людей начинало программу, сколько из них осталось, сколько ушло?

О. В.: Общее количество пациентов, привлеченных к программе ЗТ на базе Херсонского обларкодиспансера, составляло 40 людей. Именно столько людей удалось привлечь благодаря профессиональному подходу и человеческому энтузиазму врачей, в частности И. И. Гаркуши — главного врача, И. О. Ближевской — заведующей отделения, и медсестер. Проект ЗТ, начатый в 2004 году при поддержке ПРООН, был рассчитан на 6 месяцев, они смогли продолжить до осени 2005, прежде чем стартовала программа при поддержке Международного Альянса с ВИЧ/СПИД в Украине. За это время из 40 лиц в программе осталось 17. Мы считаем, что пошли те, кого «привели за руку» матери, родители, а также те, которые еще «не накололись». Считаю, что программы эффективно действуют лишь на тех, кто по-настоящему желает расстаться с наркотиками. В апреле 2005 года был начат новый проект ЗТ для ВИЧ-позитивных в 6-ти регионах Украины, в сентябре в этот перечень был включен и Херсон. Это разрешило набрать еще четырех участников, в перспективе можно ожидать включения в программу еще нескольких па-



Горячие дебаты во время круглого стола по вопросам заместительной терапии в г. Херсоне, 2006 год

венный укол. Отличие между бупренорфином и нелегальными инъекционными наркотиками в том, что бупренорфин выдается в виде таблеток, то есть не нужно мучить себя и свое тело постоянными уколами. Таким образом, принимая бупренорфин, пациент избавляет себя и окружение от многих болезней и инфекций (ВИЧ/СПИД, гепатиты и пр.). В свою очередь, бупренорфин блокирует основную часть рецепторов головного мозга человека, которые отвечают за психологическую зависимость, и это в будущем позволяет отказаться от употребления инъекционных наркотиков. Еще один важный фактор: когда я

циентов. Кстати, новых участников подобрали из числа тех, кто не один месяц старался попасть в программу.

П. С.: Как возникла идея создать общественную организацию «Клуб «Пробуждения»? Расскажи подробнее о целях, задачах, планах вашей организации.

О. В.: Идея создать организацию «Клуб «Пробуждения» возникла благодаря программе ЗТ именно тогда, когда она только начиналась. Мы сначала собирались на скамейке перед больницей. Главный врач И. И. Гаркуша увидел наше желание собираться вместе и передал в наше распоряжение одно из помещений больницы. Именно этот жест позднее разрешил нам собираться вместе с большим энтузиазмом и задуматься о будущем. Так мы проходили групповую реабилитацию, проще говоря, это была группа самопомощи. Со временем мы пришли к единодушному решению, что прошлая наркотическая жизнь — это не бездарно утраченное время, а бесценный опыт, которым мы должны воспользоваться на благо. В результате было решено создать НПО «Клуб «Пробуждения». Кстати, название организации отвечало нашему психологическому состоянию к тому времени.

Причиной создания Клуба среди других было и отсутствие организаций, которые занимались бы проблемами наркозависимых в нашем городе. Но главная причина — это откровенное желание членов «Пробуждения» помогать другим наркозависимым. Наши задачи — содействие развитию здорового образа жизни среди населения города Херсона и помощь в борьбе с наркоманией и алкоголизмом, также уменьшение вреда от проблем, связанных с инъекционным употреблением наркотиков. Мы стараемся изменить предубежденное и нетолерантное отношение к наркозависимости, ищем интересные и эффективные методы для адвокации ЗТ, чтобы сделать ее доступной для всех, кому она нужна. Вместе с тем ищем единомышленников.

В планах «Пробуждения» активная помощь во внедрении программ ЗТ в Украине и других странах, расширение существующей программы ЗТ в Херсоне и увеличение количества таких проектов в других регионах Украины, работа в сфере профилактики наркозависимости и ВИЧ/СПИД и пропаганда здорового образа жизни среди населения Херсонской области. Это улучшение качества программы «12 шагов» для клиентов херсонского проекта ЗТ вообще и Клуба «Пробуждения» в частности, создание тематического урока для старшеклассников и студентов.

В долгосрочной перспективе — создание реабилитационного центра и что-то наподобие санатория или базы отдыха на берегу Черного моря в Херсонской области для тех, кто работает в ВИЧ-сервисе для

профилактики такого явления, как «эффект выгорания». В то же время такой санаторий был бы идеальным местом для проведения тренингов, семинаров и конференций. В планах также создание рабочих мест для прежних наркозависимых и участников программы ЗТ. В июне 2005 года мы приняли участие в круглом столе, который проходил в Министерстве здравоохранения, во время которого был презентован общий отчет ВООЗ/ЮНЭЙДС/ЮНОДС относительно ЗТ Украины. Во время круглого стола мы смогли наравне с другими уважаемыми участниками выражать свое мнение. Я уверен, что такие мероприятия с привлечением наркозависимых людей являются только началом адекватного восприятия существующих в этой сфере проблем.

Также в прошлом году я со своими товарищами принимал участие в тренинге для общественных организаций, которые занимаются социально-психологическим сопровождением программ ЗТ в семи регионах. Во время тренинга мы выступили с лекцией об опыте работы Херсонского проекта ЗТ. В ноябре 2005 года провели серию информационных лекций о вреде от употребления наркотиков для учеников старших классов школ г. Херсона. Почти перед каждой лекцией все собравшиеся были настроены безразлично, без всякого намека на внимательное отношение к нашим словам. Но нам удавалось завладеть их вниманием, и они начали прислушиваться к нашим словам. После лекций все старшеклассники выходили из аудитории серьезными и задумчивыми. Считаю, что есть определенная польза от таких лекций. По меньшей мере теперь ученики знают о проблемах, с которыми могут столкнуться, если попадут в западню наркозависимости. Члены нашей организации были участниками создания документального фильма «Позитивные люди», посвященного проблемам ВИЧ/СПИД и наркозависимости. В фильме была часть о работе проектов заместительной терапии, которая снималась в Херсоне.

Обществу следует наконец понять, что по крайней мере, сегодня в Украине программа ЗТ является практически единственным эффективным путем, единственной альтернативой, способной остановить последующее распространение эпидемии ВИЧ/СПИД среди потребителей инъекционных наркотиков. Если мы будем и в дальнейшем оставаться на стадии пилотных проектов, отмеченные проблемы будут и дальше заостряться. Не нужно забывать, что, кроме херсонского и других отечественных проектов ЗТ, существует огромный зарубежный опыт реализации подобных программ. Представьте себе, что программы ЗТ работают повсюду в Украине. От этого выигрывают все: наркозависимые, в т.ч. ВИЧ-позитивные, их родные и близкие, общество в целом.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ: ЛЕГАЛИЗАЦИЯ НАРКОТИКОВ ИЛИ ЗДРАВЫЙ СМЫСЛ?

Павел СКАЛА («Зеркало недели», № 11 (640) 24–30 марта 2007)

История довольно успешного практического внедрения ЗТ в мире насчитывает уже более 40 лет, а с появлением эпидемии ВИЧ/СПИДа, особенно в странах, где она распространяется преимущественно в среде потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), были отброшены последние аргументы скептиков.

Сегодня уже более 60 стран мира взяли на вооружение и признали эффективность данного метода лечения: США (более 200 тыс. пациентов), Великобритания (128 тыс.), Франция (105 тыс.), Италия (91 тыс.), Испания (89 тыс.), Германия (75 тыс.), Австралия и Новая Зеландия (более 20 тыс.), Канада (15 тыс.), Китай (12 тыс.).

Всего в мире на данный момент насчитывается более 800 тыс. пациентов программ заместительной терапии, и с каждым годом их количество растет, в т.ч. за счет стран постсоветского пространства. Сегодня только Россия, Туркменистан и Таджикистан официально не признают данный метод. Следует учитывать, что в 26 странах Евросоюза заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ) является стандартом наркологической помощи, наряду с реабилитационными и детоксикационными компонентами лечения наркозависимости.

В 2004 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС) и Управление ООН по наркотикам и преступности (УООННП) признали заместительную терапию «одним из наиболее эффективных видов фармакологического лечения опиоидной зависимости».

В Украине программы ЗТ под постоянным медицинским контролем и надзором со стороны правоохранительных органов реализуются с мая 2004 года. На данный момент более 530 наркозависимых в столице и еще девяти областных центрах Украины являются участниками программ, которые осуществляются в рамках программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине» за средства Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. До конца сентября 2007 года за средства донора планируется обеспечить лечение трех тысяч наркозависимых, а еще через год в два раза увеличить количество таких пациентов.

А теперь самое время приступить к опровержению основных заблуждений (мифов), которые активно насаждают и поддерживают оппоненты ЗТ, в том числе в СМИ. Последняя статья в «ЗН» под названием «...Плюс наркотизация всей страны?» (№ 8, 2007 г.), к сожалению, не стала исключением.

Миф первый: заместительная терапия — это легализация наркотиков.

Дебаты по поводу признания ЗТ имели место не только в Украине. Достаточно консервативный орган — Комиссия ООН по наркотическим средствам лишь относительно недавно официально признала заместительную терапию эффективным методом лечения, который не нарушает положений международных соглашений.

Позицию профильной комиссии ООН сегодня уже разделяет отечественный Комитет по контролю за наркотиками: «Данные многочисленных исследований, проведенных во многих странах мира, свидетельствуют о том, что использование различных видов заместительной терапии при лечении ВИЧ/СПИД среди потребителей инъекционных наркотиков существенно улучшают его результаты путем разрушения цепочки распространения ВИЧ-инфекции».

Существенного расширения программ ЗТ планируется достичь во многом за счет использования в качестве заместительного препарата метадона гидрохлорида. До настоящего момента единственным лекарственным препаратом, который использовался в программах ЗТ в Украине, был бупренорфина гидрохлорид. Однако в мировой практике на долю данного препарата приходится не более 20 процентов общего объема. Доминирующая позиция метадона, помимо 40-летнего опыта использования в медицинской практике, объясняется в немалой степени его дешевизной и доступностью на мировом фармацевтическом рынке.

В чем это проявляется непосредственно в Украине?

Сегодня стоимость месячного курса бупренорфина в расчете на одного пациента составляет в среднем 170 долларов США. В то же время, по результатам тендера, проведенного в феврале Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД в Украине, стоимость аналогичного курса метадона составит около 8 долларов.

Утверждение о якобы имеющей место легализации наркотиков применительно к заместительной терапии — это очередная банальная манипуляция сознанием не очень осведомленных в нормативных тонкостях соотечественников и не имеет ничего общего с действительностью. Медицинское применение метадона, как и других медикаментов наркотического ряда, ни в коем случае не означает их легализацию. Под легализацией подразумевается снятие довольно жестких методов контроля и учета, чего в данном случае не происходит. Легализована у нас продажа алкоголя и табака. Что же касается наркотических веществ, они

как были, так и остаются под строжайшим контролем медицинских и правоохранительных органов.

Действующие программы ЗПТ функционируют исключительно на базе наркологических диспансеров и центров СПИД. В перспективе планируется расширить этот круг противотуберкулезными диспансерами и поликлиниками общего профиля.

Миф второй: Украину «подсаживают» на метадон, от которого отказался весь мир...

Интересно, что на протяжении без малого трех лет реализации пилотных программ ЗТ с использованием бупренорфина в нашей стране противники данного метода не высказывались категорически против именно этого препарата. В то же время на метадон было извечное табу.

На самом же деле, если сравнивать метадон с используемым сегодня бупренорфином, между ними нет существенной разницы. Они входят в один и тот же список наркотических средств, разрешенных для использования в медицинских целях. Более того, с точки зрения активности действующего вещества, бупренорфин является более потенциально опасным препаратом для организма человека в случае злоупотребления им.

Сегодня в Украине официально зарегистрировано уже четыре разновидности препаратов ЗТ: три — метадона и одна — бупренорфина.

Торговые марки метадона принадлежат известным фармацевтическим компаниям из Канады, Нидерландов и Германии, бупренорфина — индийской компании.

Что касается препарата, от которого якобы весь мир отказался, хочется ответить следующими фактами и конкретными цифрами.

Наиболее жесткое антинаркотическое законодательство, как известно, в США. Там в тюрьмах находится самое большое количество людей в мире за нарушения, связанные с незаконным оборотом наркотиков, и в то же время в этой стране широко применяется заместительная терапия, прежде всего метадоном — лечится, как уже было сказано, более 200 тыс. человек.

По данным Европейского мониторингового центра по наркотикам и наркозависимости (<http://www.emcdda.europa.eu>), потребление метадона для лечения наркозависимости в 30 европейских странах и США выросло с 1995-го по 2004 год с 6,3 до 21,4 тонны в год.

По последним данным Международного комитета по контролю за наркотиками (МККН), общая оценочная потребность в метадононе на 2007 год составляла 78,3 тонны (в 2006 году — 60,3 т).

Миф третий: пилотные программы ЗТ с использованием бупренорфина провалились.

Для опровержения данного заблуждения представим слово специалистам и матери пациентки ЗТ.

Анатолий ВИЕВСКИЙ, главный нарколог Украины:

«Мы работаем в соответствии с протоколами, которые являются общепринятыми для всех стран-членов ВОЗ. Практически все те результаты, которых мы ожидали с точки зрения восстановления социальных возможностей больных, подтвердились. Нужно сказать, что в программу идут только те больные, у которых «тяжелое положение дел», то есть имеются и социальные, и медицинские проблемы. Медицинские — это ВИЧ, гепатиты В и С, кроме того, у многих — туберкулез. Один из ощутимых результатов — удалось спасти жизни более тридцати пациентов, которые находились на заместительной терапии, и это по скромным подсчетам, а вообще-то эту цифру можно было бы удвоить».

Сергей ДВОРЯК, директор Украинского института исследований политики общественного здоровья:

«Сейчас в Украине лечится 522 больных с опиоидной зависимостью. Они получают совершенно бесплатно и медикаменты и психосоциальную поддержку. Эти люди резко сократили или полностью прекратили прием нелегальных наркотиков, перестали заниматься криминальной деятельностью, восстановили или заметно улучшили физическое и психическое здоровье, многие вернулись в семьи, устроились на работу. В чем же «провальность» проекта?»

Ирина СУХОПАРОВА, мать участницы программы ЗТ, член наблюдательного совета Киевской городской клинической наркологической больницы «Социотерапия», лидер общественной организации родителей и пациентов программ ЗПТ «Надежда»:

«Некоторые оппоненты заместительной терапии выступают от имени всех матерей и отцов Украины, с чем я категорически не согласна. Я тоже мать, но я всецело поддерживаю программу ЗТ. Моя дочь и ее муж больше года являются пациентами программы. До этого они много лет принимали уличные наркотики (в том числе «ширку» и героин). Многократно лечились, пытались проходить реабилитацию в специализированных центрах, в том числе и христианских, но все безрезультатно. Став участниками программы заместительной поддерживающей терапии, они смогли вернуться к нормальной полноценной жизни».

В заключение хотелось бы пожелать отечественным государственным деятелям и чиновникам от медицины, от которых зависит дальнейшая судьба заместительной терапии, чаще руководствоваться здравым смыслом и уже наработанным десятилетиями мировым опытом, поменьше наступать на идеологические грабли, которые периодически расставляют недостаточно компетентные в определенных вопросах представители «общественности», зачастую преследующие свои узкокорпоративные интересы.

МЕТАДОН: ТУПИК ИЛИ ВЫХОД

Павел Куцев (<http://www.hw.net.ua/art.php?id=34631>)

Не тот, о котором написано много страшилок в прессе — кустарный порошок неизвестного происхождения, — а в таблетках фармацевтического производства (Metadoz) величиной с советскую 3-копеечную монету, поделенную на 4 части.

...В 2000 году я совершенно случайно познакомился с сыном одной супружеской четы из Филадельфии. Муж и жена оказались миссионерами одной из харизматических общин, проповедниками. Сразу оговорюсь, я никоим образом не хочу дискредитировать кого-либо, но факт остается фактом — он и она были зависимыми от метадона и одновременно чрезвычайно набожными людьми, по крайней мере производили такое впечатление, однако, причину своей зависимости супруги объясняли просто: авария, травмы, тяжелая реабилитация, обезболивающее... Очень милые люди! Но однажды им пришлось-таки стать перед выбором — либо мучиться и страдать в пределах собственной общины, либо посвятить себя тому, в чем они, как харизматы-лидеры, видели свое предназначение — богоугодному служению: нести слово божье «еще непробудившимся, необращенным в истинную веру народам».

«Колес» они привезли предостаточно — несколько банок с расфасованными в каждую по сотне штук — с запасом на полгода, чтобы хватило на все время пребывания в Украине, но... их сынуля умудрился растратить привезенное родителями лекарство гораздо раньше. Парнишке было лет шестнадцать от роду, и он любил обкуриться марихуаной. Вот мы с приятелями и выменивали у него эти таблетки на драп... Спустя несколько месяцев семья уехала, но главное, что я тогда отчетливо осознал — благодаря этим таблеткам я несколько месяцев практически обходился без инъекций «ширки», и что можно было бы окончательно отказаться от инъекций, чувствуя себя при этом вполне адекватно.

Несмотря на то, что еще 3 года назад были обнаружены выводы парламентских слушаний о необходимости «...внедрения в широкую практику заместительной терапии как одного из методов лечения наркозависимости и реального механизма снижения риска распространения ВИЧ», а в феврале-марте года нынешнего подписан ряд документов, регламентирующих доступ больных опиатной зависимостью к метадоновой заместительной терапии, — опять начинают раздаваться голоса оппонентов, прикрывающих собственные амбиции пафосными заявлениями (С. Глузман) или попросту откровенной ложью (Всеукраинский родительский комитет).

Актуальности внедрения метадона в наркологическую практику Украины уже добрых лет пятнадцать... Но, вероятно, нам следует «подискутировать» еще пару-тройку лет и стать уже не европейскими, а мировыми лидерами по числу смертников от СПИД и наркотиков, прежде чем принять то, что давно приняли все цивилизованные страны.

Но пришлось ли им столкнуться с ситуацией, подобной нашей? Впрочем, до таких катастрофических масштабов беды они не дошли. Они так не «парились», не рвали глотки и не словоблудили, когда надо было принимать решения, не путали понятия нравственности и морали, подменяя их истинный смысл «трезвомыслием», и не занимались демагогией, прикрываясь ширмой «человеколюбия и гуманности».

К сожалению, у нас продолжается свой путь, «рідненький», ведущий к печальным рекордам, за установление которых не ответит никто. По-советски — прямой, по-славянски — «впертий». Мы привыкли «бороться» там, где надо лечить. И забыли, что зло порождает зло. Мы не понимаем того, чего не хотим понимать.

Уже всем известно, что для хронических больных опиумной наркоманией весь «кайф» сводится к главному: не быть «недочеловеком», не болеть (отсюда и сленговое название «ширки» — «лекарство»). Весь «кайф» состоит лишь в восстановлении сил, необходимых для жизни (сегодня — выживания).

Считается, что именно метадон (М) при неинъекционном, контролируемом врачами применении позволяет участникам программ ЗТ вести социально адекватный образ жизни (в некоторых странах даже управлять автотранспортом). Другими словами, быть достойными членами общества — трудиться, создавать семьи, жить нормально самим и не мешать другим, предоставившим им это право выбирать, как быть со своей зависимостью дальше.

Казалось бы, все тут просто и понятно: облегчение страданий больных людей, снижение спроса на «наркотик любой ценой» и, как следствие, снижение ущерба государству — должны приветствоваться обществом и делать честь властям. Увы. Противники метадоновых программ ЗТ снова предъявляют свои, не менее весомые, на их взгляд, доводы, обвиняя сторонников в «античеловеческих методах, к тому же не решающих проблему наркомании», пугая обывателей новым ростом эпидемии и волной злоупотреблений. Все это замешано на чувствах патриотизма, родительского долга и гражданской морали.

«Мы, взрослые, умные, трезвомыслящие люди, кому небезразлична судьба детей, — категорически

против попытки легализации метадона!...» (Всеукраинский родительский комитет).

Действительно, давайте по-взрослому. Мне 48. Я не политик, не банкир и не милиционер. Сегодня я такой же гражданин и отец, как и все «кому не безразлично...», моему сыну 20.

Однако прежде всего отстаивать точку зрения в пользу или наоборот должны не мы — наркозависимых можно уличить в чем угодно, начиная с предвзятости и заканчивая психической неполноценностью, но и не вы «дяди и тети», «папы и мамы», а специалисты-медики. Лечить им. Наркомания — болезнь, где между зависимостью и реабилитацией лежит бездонная пропасть, выбраться из которой могут далеко не все.

ЗТ — только мост через пропасть (а не лечение в обывательском смысле от чего-то). И вот насколько этот мост будет необходимым, длинным или коротким — решать специалистам. А идти по нему или нет — выбирать больному. Никто не неволит. Любой врач согласится, что без твердого решения самого наркомана избавлять его от его зависимости, тянуть за уши, предпринимать какие-то меры, в т.ч. репрессивные, бесполезно.

Но кто у нас выносит вердикт «быть или не быть», а по сути — лечиться или не лечиться? Больные? Тут можно возразить — да они же не ведают, что творят, ими управляет зависимость! Тогда, может быть, медики? Они у нас санкционируют гиппократовское «не навреди»?

Нет, у нас это делает кто угодно. До сих пор это делали те, кто призван был блюсти, следить за порядком, стража — МВД. Впрочем, их мнение разделяют и некоторые представители «общественности», бывшие стражники — выходцы из системы. Нынешняя стража «общественной нравственности», этакая оперативная «духовная помощь» — «батьків» против аморальности... В лице уставших, вымученных отцов генералов и матерей с вымотанной нервной системой. Не чем не пахнет? Лобовая атака, «Правда», ремень, дисциплина... Ассоциативный ряд стремится к бесконечности. Заметьте, не педагоги, не психологи, не воспитатели, а родители, чья компетентность уместается в рамки «христианской Любви» и начальный курс знаний по введению в даентологию.

Пока этот тандем, доселе сплоченный выкачиванием из проблемы денег (чего уж там!...) никак не приспособится, как им — ИМ! — жить дальше и куда очередной ветер подует завтра — в Украине СПИД и наркомания унесут тысячи молодых жизней! Еще тысячи расстанутся с ней добровольно от безысходности и отчаяния. Десятки тысяч больных пройдут курс «лагерной терапии, духовно перерождаясь на нарах». Только в 2006 за «преступления, свя-

занные с наркотиками» в тюрьмах Украины отбывали срок 13000 осужденных, и только несведущий увидит в этой цифре количество действительно преступного умысла. 13 000 человек КАЖДЫЙ год, каждый год... Проникнитесь масштабами, ну а потом, если ничто человеческое вам не чуждо, возьмите ручку и калькулятор и подсчитайте — во сколько обходится 1 заключенный

И к чему же такому весомому апеллируют противники метадона, призывая «встать на защиту здоровья наших детей», простых обывателей, живущих и сегодня под влиянием навязанных нам, всем нам, еще тоталитарным режимом стереотипов: наркоман — наркоманюга, неперемнная сволочь, преступник, потому что он... наркоман, а статус ВИЧ-позитивного соседа — вообще как венец извращения!



Павел Куцев — за цивилизованную наркополитику, г. Киев, 2007 год

«Наших детей не хотят лечить, а избавляются, собираясь выдавать им тот же наркотик, что равносильно смертному приговору!... Когда мы успели превратиться из гуманной, человеколюбивой нации в расчетливых единомышленников? А как и кем будет осуществляться эта «выдача» — страшно подумать!.. Вы спросите у бабушки, хотела бы она получать надбавку к пенсии за счет такого «снижения» вреда для внука?» (С. Тигипко, г-та «Донбасс», 10.06.04).

Да, метадон — наркотик. Но не «тот же», употребление которого чревато букетом — от передозировок и абсцессов — до СПИД и смерти за колючей проволокой.

Да, метадон, как любой наркотик, потребует жесткого учета и контроля, как любой из полутора сотен наркотических препаратов успешно используемых в отечественной медицинской практике, но ведь никто не делает шума по этому поводу!

А чтобы не было «страшно думать», кто и как его будет «выдавать», — надо лишь честно работать и провести вопрос в плоскость контроля доступности.

Легализация вовсе не означает вседозволенности! Не надо быть специалистом, чтобы понимать: речь идет не о поголовной раздаче колбасы в гастрономах, и не о бесплатной водке на разлив, а о препарате, который сможет прописывать исключительно врач. И далеко не каждый. О препарате, к которому будет создан очень высокий «порог доступности», на который уж никак не допустят «детей».

21 год — возраст, когда человек способен отвечать за свои поступки и по Криминальному и по Гражданскому кодексу.

«Наркологи берут на себя страшный грех — вместо лекарств давать пациентам синтетический яд!»

Не апостол ли Павел еще напутствовал вас, чада: «все мне дозволено, но не все есть польза». И действительно — что не яд в этой жизни!? Уж не на принципах ли христианской морали построена сама концепция метадоновой ЗТ да и вся истинная наркология, направленная прежде всего на облегчение страданий, боли:

«Наркомания — сепсис души и паралич воли. И медикаментозные формы лечения, безусловно, необходимы для снятия болезненных проявлений, смягчения связанных с эндорфинным истощением депрессивных состояний и лечения тяжелых органических расстройств, которые возникли вследствие разрушительного действия наркотиков» (Анатолий Берестов, иеромонах православной церкви, врач-нарколог).

Детоксикация бупренорфином, кстати, тоже наркотиком, успешно практикуется у нас давно и используется в ЗТ. Не менее успешны и проекты по заместительной терапии с использованием эднокса (таблетированного бупренорфина), благодаря которым спасены десятки жизней — сегодня 536 участникам по всей Украине предоставлен шанс изменить свою жизнь, получать лекарство и реализовать свои возможности. (Не хочешь — откажись и спрыгивай!) Так что на счет гуманизма и человеколюбия можно спорить и спорить...

Что ж, действительно, спросите — у бабушки, чей внук умер от передозировки. У дедушки, чья внучка заразилась ВИЧ инфекцией. У матери, чьи дети в 30 лет сидят по четвертому разу за то, что ошиблись в 13... Или это не те дети? А может, мы не те родители?

Или наркомания лечится на все 100 %? Что же делать и как жить тем, кто не вылечится? Да даже при наличии самых крутых реабилитационных центров, что же — у нас в стране исчезнет наркомания? Нет.

ЗТ метадоном неспособна в принципе одолеть проблему наркомании, а загоняет ее вглубь... Во все не исцеляет от наркомании».

В том-то и вся беда, что оппоненты заблуждаются, не понимая очевидного: нет и никогда не будет пилюли, способной исцелить душу — ни в принципе, ни вообще! И метадон не панацея, он действительно не решит проблему наркомании, но он решит проблемы больных наркоманией. Чувствуете разницу? И не очередной наркотик загоняет проблему вглубь, а те меры, что используются в борьбе с ней сегодня.

Родители и силовики также заявляют, что неминуем скачек коррупции. И откуда же, спрашивается скачек, вернее, куда? Не о дерибане ли речь, господа?... Что, де, наркорынок захлестнет волна нового наркотика и «сотни тысяч молодых людей будут вовлечены в наркоманию», что метадон дорогое удовольствие, \$120, и «Запад ищет рынок сбыта».

Жидкая форма метадона не дает выраженной эйфории: метадон вообще приносит облегчение только больным-опиомам. Даже если и регистрируется его появление на черном рынке, то спросом он пользуется исключительно среди больных, по какой-то причине не ставших участниками подобных программ, а не у сотен тысяч молодых людей, жаждущих удовольствий — ведь очевидно, что случись дефицит с анальгином, его спрос возможен лишь среди людей, страдающих головной болью. Это подтверждено и мировой практикой, и отечественной.

Ну неужели кто-то всерьез считает, что при насыщенности украинского наркорынка дешевым эйфоричным наркотиком («ширка»), кто-то и впрямь отдаст предпочтение дорогостоящему (на порядок!) медицинскому метадону? Не думаю, чтобы поголовье свиней возросло при увеличении грязи. Не грязь порождает свинство, господа, а свинство — грязь! Равно, как не предложение рождает спрос.

Чуть ли не еженедельно с телеэкранов нас оповещают о появлении очередного алкогольного продукта, но что-то не слышится голосов в защиту здоровья нации, процесс вырождения которой начинается уже после 8 литров/год на душу населения. В Украине этих литров давно приходится более 20... Может быть, беспокойным родителям, чья бурная молодость пришла на служение в ведомствах, блюдущих национальную безопасность, пора бы заняться более очевидной угрозой? Или это не входит в сферу их родительских интересов?

К слову, еще в 1994 году в Национальной программе по противодействию незаконному обороту наркотиков Кабмину было предложено рассмотреть возможность отчисления 0,5 % от прибыли с производителей табачной и алкогольной продукции в пользу профилактических и лечебных программ, где среди исполнителей числились МВД, СБУ... Вот и направили бы все свои нерастратенные силы, и вопрос поиска средств на решение проблемы не стоял бы

так остро, будь славные исполнители настойчивей там, где того действительно сегодня требуют время и обстоятельства.

Метадон — дешевый препарат, и приводит в качестве прейскуранта цены черного рынка на его кустарный заменитель — по меньшей мере некорректно. К тому же любой препарат имеет срок годности, а за годы, на которые рассчитаны проекты ЗТ, финансируемые международными организациями (Глобальный фонд, Фонд Клинтона), его производство вполне по силам освоить отечественным производителям. Было бы желание и здравомыслие.

В арсенале противников есть и такие аргументы: «Украину хотят посадить на метадон... Большинство стран отказываются от ЗТ... Метадон создали в фашистской Германии...» (сайт «Нарконон»). Следуя подобной логике, на чем только не сидит бедная Украина! Хотелось бы уточнить, о каком большинстве стран идет речь? О нерушимых соседях (Россия, Туркменистан и Таджикистан!) с подобным же предлогом «не пущать», ссылающихся у себя на родине на... «ту же Украину!» Метадон сегодня успешно используют 60 стран мира. 800 000 человек являются участниками МЗТ программ, только в одних Соединенных Штатах Америки, известных жесткой наркополитикой, их 200 000 человек! С 1995 по 2004 год потребление метадона для лечения наркозависимости в 30 европейских странах и США выросло с 6,3 тонны до 21,4 тонны в год (Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркозависимости <http://www.emcdda.europa.eu>).

К примеру, в Польше, к опыту которой так любят апеллировать оппоненты, в 1995 году насчитывалось 3823 ВИЧ-позитивных, а в Украине в том же году — 1673. В 1996 Польша ввела метадоновую терапию (параллельно с уже существующей и известной во всей Европе реабилитационной системой «МОНАР»). И уже в конце следующего года в Польше — 5591, в бездействующей Украине — 24 483!!!

Так, может, признаем: поляки оказались мудрее? И вряд ли они ТАМ, «на Западе», когда вводят метадоновые и героиновые программы, открывают места для употребления наркотиков, чтут национальные традиции и любят своих детей меньше, чем мы своих.

Бесспорно, фашизм принес человечеству много горя, но еще больше зла, бедствий и горя принесли большевизм и сектанство. Их последствия — то, что происходит с нами сегодня.

Разумеется, рассматривать такую проблему в сугубо правовом или медицинском контекстах нельзя. Она похожа на запутанный клубок: потянешь за одну ниточку — узлом завяжутся остальные.

Разумеется, только в комплексе мероприятий

можно продуцировать любую профилактическую идею, параллельно действуя на всех направлениях. Но с чего-то ведь нужно начинать! Может быть, с компромисса?

Ведь истина в любой дискуссии чего-то стоит, когда она отстаивается на паритетах и доверии сторон. А о каких, скажите, паритетах может идти речь, когда с одной стороны — представители силовых ведомств и религиозных концессий с четко обозначенной установкой, а с другой — малочисленные активисты-неформалы да медики-одиночки...

Тем временем СПИД становится бедствием, страна на пороге пандемии — даже не буду приводить цифры, они ужаснее год от года! При таких невеселых раскладах решать проблему можно до бесконечности. Вбухивать колоссальные средства в «анализы ситуаций», в разработку «программ по борьбе», в удобных исполнителей — рекламных борцов с 8 до 17, взывать к совести нацию (как правило в периоды политажиотажей), в общем, создавать вид весьма напряженной деятельности. Результат же будет нулевым. Это в лучшем случае.

Сегодня в Украине решение проблемы наркомагии и СПИД становится прерогативой одиночек, борющихся против могучей силы чиновников от МВД и политиков, зарабатывающих очки на волне популизма. Среди активных сторонников перемен — ряд представителей общественных организаций. Но даже при всей их самоотверженности ни о каком серьезном противодействии проблеме речи быть не может!

А вот что у нас может быть и бывает: ряд показательных плановых мер — когда Киев слегка подчищается от мальчишек-наркоманов, закрывается партия мелких дилеров и шестерок, не способных откупиться, это — пожалуйста! Договориться же о мудром кардинальном пути — никак. Так, может, наконец станем честными хотя бы однажды, перед самими собой, господа, и признаемся, что любая политика — это прежде всего деньги, а уж наркополитика...

Ну не наивно ли полагать, что годами отлаженный механизм обогащения на несчастье сотен тысяч соотечественников (по официальной оценке, в Украине более 0,5 млн наркозависимых) в одночасье возьмет и отключит сам себя? Не нужно быть провидцем, чтобы прочесть в этой цифре очевидное — от внедрения в медицинскую практику метадона крупно «пострадают» лишь те, кого и так (без перемен) все устраивает. Наркозависимых? Их родных, близких? Вряд ли. Так кого же?!

Пысы. Автора можно упрекнуть в предвзятости и проталкивании бизнес-проекта. Принимается. Я и еще 11 наркозависимых отстаиваем свое право на заместительное лечение, без которого у нас одна дорога.

В РАЗМЫШЛЕНИЯХ О МЕТАДОНЕ

Семен Глузман, «Телекритика» (<http://www.telekritika.ua>), 10.03.2007

Мудрый поляк Лешек Колаковский как-то заметил: «Жить — это попросту принимать всю гниль и весь позор мира как свое гниение и свой позор». Вот и я, не имеющий собственных проблем, связанных с наркозависимостью, воспринимаю в качестве своего гниения и своего позора приказ министра здравоохранения № 846 от 20 декабря 2006 г.

Я здесь живу. Это моя страна. В отличие от некоторых моих сограждан, паспортов Панамы, Папуа-Новой Гвинеи, Маршалловых островов и других веселых стран, как и гражданства государства Израиль, не имею. А вышеупомянутый приказ министра здравоохранения мне очень-очень не нравится. И вот почему.

Наркозависимость в Украине имеет эпидемическое распространение. Другими словами, проблема нелегального приема наркотиков нашими юными и молодыми согражданами является проблемой национальной безопасности страны. Факт, казалось бы, очевидный, не требующий дополнительных доказательств. Но только не для насквозь заполитизированного, импотентного СНБО, в принципе обязанного видеть такие серьезные зоны риска для страны.

Сама по себе заместительная терапия, как и один из видов ее — метадоновые программы, чем-то экстраординарным в мировой практике помощи в радикальных ситуациях не является. Хирург действи-

тельно удаляет разможенную при автомобильном столкновении руку или гниющую в гангренозном процессе ногу. Но — только после попытки лечения так называемой консервативной терапией. В стране, где реально не существует государственная наркополитика, где государство не озабочено созданием эффективных реабилитационных центров, — введение метадоновых программ сродни хирургическому удалению вывихнутой при ходьбе стопы с последующим «успешным» протезированием ее.

Повторяю, проблема — не в метадоне. Таблетки, как известно, души не имеют, поэтому не знают греха. Проблема — в руках, которые будут использовать эти таблетки, и в меркантильной аморальности голов, которые будут управлять этими руками. В тотально коррумпированном украинском государстве, где и так называемая наркологическая служба в этом «не пасет задних», где милиция, призванная нами, налогоплательщиками, противостоять наркотизации населения, служит крепким щитом и острым мечом защите интересов уже давно сложившейся в стране наркомафии, добрые дяди-доноры жестко и почти откровенно лоббируют не консервативное лечение вывихнутой стопы, а удаление ее с последующим протезированием дефекта. Почему?.. Догадаться.

Есть СБУ. Безгласная, безинициативная организация, также существующая на наши с вами деньги. Всезнающий орган, не умеющий разговаривать. Слабый, беззащитный орган... вспомните историю с наркотическим зельем от госпожи Засухи.

Понимаю, наркомафия «Телекритику» не читает. Никогда. Но читаете вы, украинские журналисты. Понимаю, не вы диктуете редакционную политику владельцам своих масс-медиа, а они вам. Тем не менее остановитесь, отойдите на одну минуту от компьютера, подумайте: ваши маленькие дети вскоре вырастут, оторвутся от домашнего очага, и тогда это страшное зло придет в ваш дом. Вы накапливаете деньги на ремонт, новую мебель, машину? Зачем, все накопленное вами уйдет быстро, очень быстро. В доме вашем, опустошенном наркомафией, поселится горе. Ваше горе. А потом, спустя годы, когда дитя ваше в проблеске желания жить попросит помощи, в ваш дом, жадно рыская глазами, придут люди в белых халатах, наркологи (прошу не путать с психиатрами. Нигде такой отдельной медицинской специальности нет, только у нас с вами...), и опять разденут вас, лишат мебели, бытовой техники и т.п., обещая быстрое чудо исцеления вашему ребенку.

Ну что, дамы и господа, будете по-прежнему молчать? Ждите беды.



Они все такие разные, но они уже сделали свой выбор. Участники программы заместительной терапии, г. Киев, 2007 год

тельно удаляет разможенную при автомобильном столкновении руку или гниющую в гангренозном

ЧТО ЕСТЬ ИСТИНА

Сергей Дворяк, «Телекритика» (<http://www.telekritika.ua>), 11.05.2007

В марте довольно известный правозащитник и психиатр Семен Фишелевич Глузман опубликовал в «Телекритике» заметку «В размышлениях о метадононе». Обращает на себя внимание, что заглавие статьи не «размышления...», а «в размышлениях...». То есть автор подчеркивает длительность действия: он в них (размышлениях) остается и — есть надежда — придет к каким-то иным выводам, чем изложенные в статье. Впрочем, меня натолкнул на мысль обратиться в «Телекритику» следующий постулат: «Понимаю, наркомафия «Телекритику» не читает. Никогда. Но читаете вы, украинские журналисты».

Если вы захотите через «Google» узнать о метадоновых программах в Украине, поисковик вам сразу предложит порядка 550 упоминаний. Тема эта с подачи «Зеркала недели» последние 3 месяца муссируется в отечественных медиа, как, пожалуй, ни одна другая медицинская. В результате — большинство ссылок отправят вас не к профессиональным источникам, а к газетным статьям или интернет-блогам, т.е. не к врачам и медицинским исследователям, а к журналистам. Большинство представителей вашей уважаемой профессии, как я уже знаю по многолетнему опыту, склонно в таких случаях ссылаться на мнение специалистов или тех, кто себя таковыми считает. Но тут все просто только на первый взгляд, ибо известно: сколько специалистов — столько и мнений. И здесь уже от журналиста зачастую зависит, какому из мнений отдать предпочтение.

Еще один автор «Телекритики», чья статья стала вторым толчком для написания этого обращения, Наталья Лигачева, рассуждая о профессионализме в области журналистики и о «медиа-культуре», говорит очень мудрые в своей очевидности слова: «Наши журналисты, с горем пополам усвоив постулаты, лекала демократической журналистики — полностью выхолащивают ее СУТЬ. Суть, заключающуюся в том, что все известные и нашим журналистам правила — как-то отделение фактов от комментариев, представление двух точек зрения и прочие — являются лишь средством, а не самоцелью. Средством для того, чтобы предоставлять гражданам достаточное количество полной, точной, плюралистичной информации для их сознательного выбора».

Когда ко мне приходит журналист, собравшийся писать на темы наркозависимости и профилактики ВИЧ/СПИД, у него, как правило, уже есть убеждения касательно этих вопросов. Мало в обществе людей, у кого не было бы убеждений по поводу наркотиков, наркомании, СПИДа и того, как нужно относиться к людям с подобными проблемами. Я, как правило, не пытаюсь посетителя переубедить, а пре-

доставляю информацию, понимая, что какой-то информацией автор будущей статьи уже располагает. Но в то же время с самого начала говорю, что не всякая информация по этим вопросам является достоверной, и в освещении этих довольно острых проблем очень важно отделить зерна от плевел. Предоставить читателю не просто набор разных мнений, а показать еще, на чем эти мнения основаны, и обязательно помочь из противоположных точек зрения выбрать более аргументированную. Выяснить, где за мнением стоят многолетние научные наблюдения и строгие, методологически выверенные данные, анализировавшиеся профессионалами, а где всего лишь предрассудки, в первичном значении слова, т.е. когда суждение выносится до того, как оно проверяется разумом.

В этом месте позволю еще раз обратиться к столь понравившейся мне статье Натальи Лигачевой. «В условиях профессиональной работы медиа не оставляют зрителя в недоумении, непонимании СУТИ происходящего, они не останавливаются на стадии «что вижу, то пою», в том числе «пою по тем нотам, которые подсунули», — они докапываются до истины или ее версий».

В современном мире с его постоянно нарастающим потоком и объемом информации первостепенную важность приобретает функция отбора. Что достоверно, а что нет. Именно этим всегда занималась наука, в частности медицина. Появился в последнее десятилетие даже термин «доказательная медицина». Идея довольно проста, хотя весьма непросты процедуры и методы. Прежде чем давать больному рекомендации относительно приема какого-либо лекарства или терапевтического метода, необходимо ДОКАЗАТЬ его эффективность. Казалось бы, что тут неясного? Но вы, наверное, очень удивитесь, узнав, что во множестве случаев, когда вы обращаетесь к врачам, вам предлагают лечение, эффективность которого никогда не доказывалась, а просто врачи СЧИТАЮТ, что оно вам поможет. Не стану здесь расписываться за всю отечественную медицину, но скажу о средствах, применяемых для лечения наркозависимости, поскольку в этом я разбираюсь лучше. Так вот, примерно в 80-85% препаратов, назначаемых больным с этой патологией, не имеют доказанной эффективности. А это значит, что если они и не приносят явного вреда (вред от того или иного вещества нужно тоже доказать, а не просто постулировать на том основании, что, мол, всякая «химия» несет вред организму), то они заставляют больного (или общество, если лечение бес-



платное) нести неоправданные расходы.

Вот только один пример. Когда наркоман обращается к врачу, то чаще всего ему предлагают (скорее всего, он и сам об этом просит) пройти процедуру, которая называется длинным ученым словом «дезинтоксикация». Последнее время его стали произносить на западный манер «детоксикация» или, короче, «детокс». Смысл этой терапии, как может показаться, достаточно проясняет сам термин. Буквально, ликвидация яда. (*Токсин* — яд, приставка *дез* — устранение). Больных, по выражению самих медиков, «отмывают». Им внутривенно капельно вводят большие количества растворов, по замыслу, способствующих выведению из организма нежелательных, токсических продуктов. Есть, правда, одна деталь. В том состоянии, когда это лечение назначается, у больного страдания связаны не с наличием токсического продукта, т.е. опиатов, а с их отсутствием. Т.е. выводить, строго говоря, нечего, а нужно, наоборот, вводить. Но такова сила слова и привычки, что выводят и выводят. И лежат по всей стране граждане с капельницами, и капают им в вену дешевую 5% глюкозу и дорогой гемодез, хотя толку от них, в общем-то, никакого. Потому что состояние острого абстинентного синдрома, которое в данном случае подлежит лечению, устраняется лучше всего опиоидами (метадон или бупренорфин), а в случае невозможности их применения — клофелином или лофесидином. Это те средства, эффективность которых доказана. Все прочее, включая капельно вводимые растворы, нейролептики, витамины, барбитураты и транквилизаторы, а также иглоукалывание, массаж, охлаждение мозга, нагревание мозга, облучение крови лазером, очищение крови сорбентами и много еще такого, что применяется во многих клиниках и учреждениях, — не имеет доказанной эффективности.

Вы спросите, но ведь помогает? Да, иногда и кое-кому. Но при сравнении с плацебо-терапией (это когда только создается видимость терапии) оказывается, что достоверных отличий нет. Другими словами, лечите вы или только делаете вид, что лечите, — разницы никакой.

А сейчас позвольте вернуться к обсуждаемому предмету — заместительной терапии наркозависимости. Это лечение состоит в том, что пациенту дают метадон или бупренорфин, а на фоне их действия проводят психо-социальные мероприятия, направленные как на улучшение здоровья и качества жизни, так и — со временем — на отказ от наркотиков.

Если бы я сейчас начал перечислять немыслимое количество вранья в нашей прессе о метадоне, то это заняло бы не одну страницу. Здесь, как правило, имеет место смесь первичных бессознательных страхов, идеологием, основанных на элементарной ксенофо-

бии, и распространенных в определенных кругах конспирологических идей. Отсюда бесконечно в одном ряду упоминаемые Адольф Гитлер, Джордж Сорос, враждебный нам Запад и т.д. Но это, поверьте, тема для отдельного исследования.

Противники заместительной терапии часто обращаются к СМИ еще и потому, что в газетах или телепередачах не принято обременять тексты такими деталями, как ссылки на источники, цифры, указание методов, с помощью которых получена информация, и всего того, что необходимо для научных публикаций. Поэтому читатель узнает массу душещипательных подробностей, вроде того, что «метадон размягчает кости». А чем плоха цитата из упоминавшейся выше заметки Семена Глузмана: «...Когда дитя ваше в проблеске желания жить попросит помощи, в ваш дом, жадно рыская глазами, придут люди в белых халатах, наркологи, и опять разденут вас, лишат мебели, бытовой техники и т.п., обещая быстрое чудо исцеления вашему ребенку».

И заметьте, подобного рода аргументы продолжают использовать в то время, когда в мире проведено более 100 контролируемых исследований, которые доказали эффективность метадона при лечении опиоидной наркозависимости. Существует около десятка мета-анализов (речь идет о хорошо известных специалистам Кокрановских обзорах), в которых тщательной оценке подвергаются сразу 15—20, а то и более исследований, и с помощью достаточно объективных методов оценивается достоверность приводимых данных и их надежность. В поле зрения исследователей попадают тысячи больных. Все эти научные оценки сходятся в одном: метадон обладает высокой эффективностью в лечении опиоидной наркозависимости, и большинство специалистов в этой области считают заместительную терапию наиболее эффективным средством лечения при этой болезни.

Кроме того, доказано, что благодаря этим средствам можно повлиять на эпидемию ВИЧ/СПИД, особенно в тех странах, где она распространяется за счет инъекционного потребления наркотиков. (Украина вне всяких сомнений относится к таковым).

Доказано, что применение метадона является экономически эффективным и позволяет снизить в несколько раз затраты общества на медицинские и полицейские мероприятия.

Именно эти обстоятельства, а не мифическая «заинтересованность зарубежных фармкомпаний» стали основанием для того, чтобы Всемирная организация здравоохранения включила метадон и бупренорфин в список жизненно необходимых препаратов. Кроме того, ВОЗ совместно с Объединенной комиссией ООН по СПИД и Офисом ООН по наркотикам и преступности выступили с объединенной позицией

«Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью...» в которой высказываются в пользу этого метода. Ни один другой метод лечения или реабилитации не нашел такой поддержки по одной причине: не была доказана его эффективность.

И еще несколько слов о доказательствах. В англоязычной литературе существует термин «анекдотические доказательства». От слова «случай». Т.е. многие сведения в медицине в прошлые годы получали именно таким путем, на основании анализа случая. И до поры до времени это работало. Но со временем стало ясно, что такой метод слишком ненадежен. Он хорош для начальных этапов науки, пока накапливаются какие-то элементарные представления. На современном этапе нужны методы, которые позволяют точно отвечать на задаваемые вопросы, а не просто высказывать предположения на основании нескольких наблюдений, в том числе и таких, как «у меня был сосед, он рассказывал...». К сожалению, отечественная наркология во многом апеллирует к таким анекдотическим доказательствам. В то время, когда стала развиваться доказательная медицина, в нашей науке наметился значительный спад, и мы вынуждены либо пользоваться своими, очень устаревшими знаниями, либо заимствовать их в тех странах, где активно ведется научно-исследовательская работа. Для справки: на изучение проблем, связанных с наркозависимостью, в США расходуется порядка 1-

1,5 миллиарда долларов в год. В нашей стране из госбюджета — ни одного (не миллиарда, а доллара). Вопрос: где нашим специалистам черпать сведения? У местных работников СБУ (именно к ним адресует интересующихся журналистов Семен Глузман) или в зарубежных научных журналах, руководствах, протоколах?

Следует также иметь в виду, что:

1) назначение метадона или бупренорфина в нашей стране может осуществляться только комиссиями врачей (не менее 3-х) и только при наличии объективных признаков синдрома зависимости. Ни один человек не станет пациентом такой программы просто по желанию и без четких клинических признаков болезни;

2) нет никаких научных данных, позволяющих считать, что применение метадона увеличивает рост наркозависимости в тех странах или регионах, где он используется;

3) вероятность поступления метадона на черный рынок через медицинские учреждения очень мала. Этот препарат очень строго контролируется и учитывается, в отличие от трамадола, кстати, который не внесен в список наркотиков и поэтому может выдаваться в аптеках недобросовестными фармацевтами без законных оснований;

4) нет также никаких данных о том, что у фармкомпаний имеется какой-то особый интерес к продаже этого препарата. Во-первых, он довольно де-

Форма для отзывов и заявок

Чем полезна для вас эта публикация?

Чем понравилась или не понравилась Вам данная публикация?

Где/как Вы получили эту публикацию?

Каким образом Вы собираетесь использовать информацию, полученную в результате ознакомления с публикацией?

Какую тему/темы Вы предпочли бы для следующей публикации "13 статей"?

Заинтересованы ли Вы в получении следующих публикаций "13 статей"?

Название организации/учреждения

Контактные лица (ФИО, занимаемая должность)

Почтовый индекс

Область

Город

Улица, дом, офис, квартира

Номер телефона

Адрес электронной почты

Необходимое Вам количество экземпляров публикации «13 статей о заместительной терапии»

шев. Во-вторых, его можно выдавать только в специальных учреждениях и он не попадает в свободную продажу. Так что все разговоры о коварных планах — не более чем фантазии;

5) неправдой является и то, что «в мире отказываются от применения метадона». Заместительная терапия сейчас активно внедряется в Китае, Индии, Иране. Всего ее получает уже не менее 1 миллиона больных. В Европе все страны ее применяют, в том числе и в тюрьмах. И это факт, который легко установить, обратившись к соответствующим источникам;

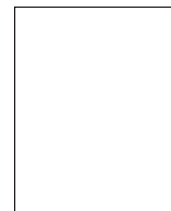
6) что же касается смертей от передозировок, то, как показали специальные исследования, связаны они не с ЗТ, а с прописыванием метадона по рецептам больным, нуждающимся в обезболивании. В нашей стране такое невозможно, исходя из законодательных ограничений.

Циничной неблагодарностью следует считать упоминания о происках «заокеанских благодетелей». Именно благодаря зарубежным, в первую очередь, американским фондам у нас в стране сегодня тысячи

людей получают антиретровирусную терапию, имеют доступ к средствам профилактики СПИД и т.д. Только каким-то извращенным отношением и к своему народу, и к мировому сообществу можно объяснить эти постоянные разговоры о «зарубежных грантах» и «отечественных грантодах», с помощью которых народ Украины «пытаются посадить на иглу» и т.п.

Наконец, последнее. Только за полтора года работы пилотных проектов ЗТ с использованием бупренорфина в Украине сохранено как минимум 70 жизней. Столько человек должно было бы умереть, если бы они не получали заместительную терапию. И еще. Около 4 миллионов долларов за это время недополучила та самая наркомафия, которая НЕ читает «Телекритику». Именно столько израсходовали бы наши пациенты, если бы они продолжали покупать наркотики в привычном для себя режиме.

Еще раз подчеркну, излагать все это в письме на «Телекритику» меня побудила надежда, что таким образом я помогу журналистам более профессионально подходить к освещению этой невероятно сложной темы, коль скоро такие обсуждения все равно ведутся в широкой печати и на телевидении.



Павлу Скале
МБФ «Международный Альянс
по ВИЧ/СПИД в Украине»
ул. Димитрова, 5, корпус 10А,
9-й этаж, 03680, Киев, Украина

Сегодня наша страна пребывает на грани катастрофы, темпы распространения эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине — самые высокие в Европе. Эпидемию нельзя остановить, опираясь на запреты и невежество. Единый возможный путь для Украины сегодня — немедленное применение наилучших практик профилактики и лечения.

Заместительная поддерживающая терапия — это эффективный механизм профилактики распространения ВИЧ-инфекции, декриминализации и ресоциализации потребителей инъекционных наркотиков, неотъемлемая составляющая комплексных мероприятий по снижению темпов распространения ВИЧ/СПИД.

13 СТАТЕЙ О ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

© Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине
Адрес: ул. Димитрова, 5, корпус 10А, 03680, Киев, Украина
Тел.: (+380 44) 490 5485
Факс: (+380 44) 490 5489
E-mail: office@aidsalliance.org.ua
Веб-сайт: www.aidsalliance.org.ua

Тираж: 2000 экз.
Распространяется бесплатно
Редактор: Павел Скала (E-mail: skala@aidsalliance.org.ua)
Дизайн и верстка: Андрей Афанасьев
Корректор: Людмила Недилько

Данное издание осуществлено МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в рамках реализации программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине», финансируемой Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Изложенные в бюллетене «13 статей о заместительной терапии» мнения и точки зрения являются мнениями авторов и не представляют собой убеждений или взглядов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, кроме того, не имеет место какое-либо, прямое или подразумеваемое, одобрение или санкционирование данных материалов Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Мы выражаем искреннюю признательность за помощь в подготовке публикации и предоставление материалов Сергей Дворяку, Ирине Ромашкан, Сергею Крылатову, Александру Либанову, Олегу Войнаренку, Павлу Куцеву, Илье Подольяну, Ирине Сухопаровой, редакции газеты «Зеркало недели» и участникам программы заместительной терапии при Киевской клинической наркологической больнице «Социотерапия», г. Киев.

На средства:

