

Находки

Практика

Опыт в ответе на эпидемию ВИЧ

Лучшие практики в работе украинских ВИЧ-сервисных НПО

**Налоксон –
средство контроля
передозировок
опиатами**



**Снижение вреда
для ПИН,
употребляющих
стимуляторы**



**НАЛОКСОН —
СРЕДСТВО КОНТРОЛЯ
ПЕРЕДОЗИРОВОК ОПИАТАМИ**

**СНИЖЕНИЕ ВРЕДА ДЛЯ
ПИН, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ
СТИМУЛЯТОРЫ**

Находки. Практика. Опыт в ответе на эпидемию ВИЧ
Выпуск 2, 2008.

©МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»

**НАЛОКСОН — СРЕДСТВО КОНТРОЛЯ ПЕРЕДОЗИРОВОК ОПИАТАМИ
СНИЖЕНИЕ ВРЕДА ДЛЯ ПИН, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ СТИМУЛЯТОРЫ**

Авторы:

**Людмила Шульга
Оксана Матияш
Марина Варбан**

Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине
Адрес: ул. Димитрова, 5, корпус 10А, 9-й этаж
03680, г. Киев, Украина
Тел.: (+380 44) 490-54-85, 490-54-86, 490-54-87, 490-54-88
Факс: (+380 44) 490-54-89
E-mail: office@aidsalliance.org.ua
Web: www.aidsalliance.org.ua
Распространяется бесплатно.
Тираж: 2000 экз.
Редактор: **Марина Варбан**

Литературные редакторы и корректоры: **Георгий Педай, Игорь Андрущенко, Елена Кожушко**

Публикация подготовлена и издана в рамках программы «Поддержка профилактики ВИЧ и СПИД, лечения и ухода для наиболее уязвимых групп населения в Украине».

Изложенные в данной публикации мысли и точки зрения являются мыслями и точками зрения авторов и не могут рассматриваться как мысли или точка зрения Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией не участвовал в согласовании и утверждении как непосредственно материала, так и возможных выводов, вытекающих из него.

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

СОДЕРЖАНИЕ

От редактора	4
Л. Шульга. Контроль передозировок наркотическими средствами путем распространения налоксона по методу «равный — равному»: обзор опыта	5
О. Матияш, М. Варбан. Использование налоксона как средства снижения уровня смертности от передозировки опиатными наркотиками среди потребителей инъекционных наркотиков	10
О. Матияш, М. Варбан. Стимуляторы	15
Л. Шульга. Обзор материалов первой Глобальной Конференции, посвященной вопросам употребления метамфетаминов	20
Описание типового проекта профилактики инфицирования ВИЧ среди потребителей стимуляторов инъекционным путем	25
Анонс	32

От редактора

В Украине сохраняется достаточно высокий уровень смертности среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), чему не в последнюю очередь способствуют наркотические передозировки, влекущие за собой смертельную опасность.

Обращаясь к этой проблеме, МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в рамках программы Снижения вреда среди уязвимых групп планирует внедрить новую практику распространения среди потребителей опиатных наркотиков препарата «Налоксон» для предотвращения смертельных случаев от передозировок.

В мировой практике «Налоксон» — это препарат, применяемый в неотложной медицине для лечения опиатных передозировок. Предоставляя потребителям инъекционных наркотиков, которые участвуют в программах профилактики ВИЧ, доступ к этому препарату, можно добиться уменьшения количества преждевременных смертей от передозировок.

В этом выпуске собраны материалы проведенного Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД в Украине анализа научной литературы, лучших международных практик применения налоксона в профилактических программах, раскрываются особенности передозировок опиоидными наркотиками, освещаются методы первой доврачебной помощи в такой ситуации и возможности использования налоксона, как средства, позволяющего снять симптомы передозировки.

Кроме этого, в данный выпуск вошел материал, посвященный так называемым наркотикам-стимуляторам, которые в последние несколько лет стали актуальной проблемой для наркологов и специалистов, занимающихся профилактикой ВИЧ-инфекции. По данным Всемирного доклада о наркотиках ООН за 2007 г., в мире, из 25 миллионов потребителей наркотиков, 15–16 миллионов являются потребителями метамфетаминов. Несмотря на то, что в Украине по-прежнему уверенно лидируют опиаты, в больших промышленных регионах сегодня особую популярность приобрела «химия» — амфетамины (амфетамины и метамфетамины). Молодые потребители наркотиков массово переходят на изначально более дешевые амфетамины, производство которых за последние несколько лет в Украине поставлено на поток.

Приглашаем представителей всех заинтересованных НПО к обмену опытом и лучшими практиками использования налоксона в целях предотвращения смертей от опиатных передозировок, предоставления услуг потребителям инъекционных стимуляторов и проведения среди них профилактики ВИЧ-инфекции/ИППП.

Заявки на публикацию материалов в рамках данных тем можно подавать

Марине Варбан (e-mail: varban@aidsalliance.org.ua) или

Мирославе Андрущенко (e-mail: andrushchenko@aidsalliance.org.ua).

Марина Варбан

Контроль передозировок наркотическими средствами путем распространения налоксона по методу «равный — равному»: обзор опыта

Автор: Людмила Шульга

Предпосылки

Уровень смертности среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) быстро растет за счет числа наркотических передозировок, часто имеющих летальный исход. МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в рамках Национальной программы по снижению вреда планирует ввести новую практику профилактики наркотических передозировок посредством распространения среди ПИН препарата «Налоксон» с использованием метода «равный — равному». Перед началом внедрения программы был проведен обзор уже существующих методов распространения налоксона, а также изучены главные аспекты его использования.

Данная статья освещает достижения, описанные в современной научной литературе по контролю за случаями передозировок, и практики, используемые в проектах снижения вреда, посредством распространения налоксона по методу «равный — равному».

Цель этой статьи заключается в том, чтобы привести существенные доказательства в пользу контроля за передозировками по данному методу для сотрудников органов здравоохранения, менеджеров проектов и других лиц,

принимающих решения, и внедрить элементы контроля за передозировками по методу «равный — равному» в программы для ПИН. Для выявления качественных исследований и соответствующей литературы был выполнен поиск в интернете с использованием поисковой системы Оксфордского Университета. Используемые ключевые слова: налоксон, опиат, передозировка, предотвращение, героин, инъекционное употребление наркотиков.

Что такое налоксон?

Налоксон — это антагонист опиата, используемый при лечении отравлений, вызванных наркотической передозировкой. Он снимает симптомы угнетения дыхания, седативный эффект и гипотонию, связанные с использованием героина и других опиатов. Налоксон не избавляет от симптомов угнетения дыхания, вызванных неопиатными депрессантами, которые применяются для успокоения центральной нервной системы. Несмотря на то, что были зарегистрированы некоторые осложнения при использовании налоксона (например, проявление синдрома отмены, связанного с неадекватной дозировкой), данный препарат считается безопасным [31, 39].



Эпидемиология передозировок опиатами

Передозировка — это доза препарата, большой объем которого является токсичным. Признаки передозировки различны в зависимости от используемого наркотического препарата(ов) и могут включать в себя: расширение зрачков, отсутствие реакции зрачков на свет (размер зрачков не изменяется под потоком света), потовыделение, беспокойство, дрожь, конвульсии, затрудненное дыхание, сонливость, кому, галлюцинации, бредовое или параноидальное поведение, жестокое или агрессивное поведение, в тяжелых случаях — смерть [16].

Опиаты влияют на центральную нервную систему и приводят к замедлению дыхания и сердечного ритма, снижению кровяного давления и температуры тела. При наркотической передозировке дыхание замедляется до полной остановки, нехватка кислорода в мозге приводит к потере сознания, коме или смерти. Передозировка опиатами наблюдается, главным образом, среди более опытных потребителей, в возрасте до 30 лет, употребляющих наркотики на протяжении 5–10 лет [2, 4, 10].

Риск передозировки увеличивается после некоторого перерыва в употреблении наркотиков, детоксикации или прохождения реабилитационной программы. Например, для потребителей опиатов, недавно освободившихся из мест заключения, первые недели пребывания вне заключения представляют наибольшую опасность [3]. Летальный исход вследствие передозировки чаще всего происходит в тех случаях, когда использовались одновременно и другие наркотики (алкоголь, стимуляторы). В таком случае смерть наступает в течение 1–3 часов после инъекции, обычно в компании других потребителей наркотиков [7, 8]. Часто в таких случаях необходимость медицинской помощи не рассматривается (скорую помощь не вызывают, чтобы избежать привлечения милиции и возможного судебного разбирательства) или медики прибывают слишком поздно. Результаты исследований, проведенных среди потребителей наркотиков, показывают высокий процент потребителей опиатов, имеющих опыт передозировки. Более того, почти все из них являлись свидетелями передозировок у других потребителей [2, 8].

Назначение налоксона

Где он может применяться?

Налоксон успешно применялся в больницах, а также сотрудниками скорой медицинской помощи с момента изобретения препарата в 1960-х годах. В Италии, с 1980-х налоксон в аптеках отпускали без рецепта, а также предоставляли с помощью низкопороговых центров услуг в Берлине (Германия) и Джерси (Великобритания) [37]. В начале 1990-х эксперты предложили предоставлять гидрохлорид налоксона потребителям героина для его применения в случаях передозировки (имеется в виду, что инъекция налоксона будет сделана другим потребителем, который присутствовал при передозировке) [22]. Налоксон назначался потребителям наркотиков в комбинации с обучением приемам по восстановлению дыхания с 1999 г. в Чикаго (Иллинойс), в 2001–2002 гг. в Сан-Франциско (Калифорния), как часть государственной инициативы по предотвращению передозировок в Нью-Мексико с 2001 г., и начиная с 2003 г. через Департамент Здравоохранения в Балтиморе. С 2004 г. программы по профилактике передо-

зировок при активной поддержке городской администрации включили распространение налоксона в Нью-Йорке.

Как используется налоксон?

Инъекция гидрохлорида налоксона применяется для того, чтобы предотвратить летальный исход вследствие передозировки. В настоящее время в некоторых странах этот препарат также доступен в виде назального спрея. Налоксон может применяться внутривенно, внутримышечно или через носовую полость, причем все методы являются одинаково эффективными, о чем свидетельствуют данные имеющихся исследований [5, 20]. Гидрохлорид налоксона может предоставляться в пузырьках, ампулах или же в готовых к применению шприцах. Так называемый «налоксоновый пакет» часто включает два шприца, наполненных 0,4 мг налоксона (из расчета на одну дозу), перчатки, дыхательную маску и подробную инструкцию по применению [19].

Инъекцию налоксона следует сделать при появлении признаков передозировки. Препарат начинает действовать через 3–5 минут. Как только пациент придет в сознание, необходимо продолжать наблюдение за его дыхательной и сердечно-сосудистой деятельностью. Важно помнить, что длительность эффекта гидрохлорида налоксона составляет 30–40 минут. По истечении этого времени симптомы передозировки могут возобновиться, если потребитель наркотиков не получил медицинскую помощь. Возможно, понадобится повторная инъекция налоксона. При употреблении героина потребность в повторном введении налоксона маловероятна, поскольку, как правило, к тому времени, когда налоксон прекращает свое действие, организм самоочищается от героина. Наркотики более длительного действия, например, метадон, увеличивают риск возвращения симптомов передозировки [39].

Юридические аспекты в украинском контексте

В Украине налоксон числился в основном списке лекарственных препаратов [25]. Он был обозначен в качестве препарата, который должен находиться в наличии на аптечных складах, но позже был исключен из этого списка [26]. Кроме того, до 17 августа 2007 г. налоксон считался высоко активным веществом, но был также исключен из этого списка [27, 28]. Это означает, что распространение налоксона не ограничивается законом, и врачи не несут уголовной ответственности за его назначение пациентам. Тем не менее, поскольку налоксон не входит в список препаратов, которые могут отпускаться без рецепта, он рассматривается как лекарство, требующее назначения врача [29]. Закон Украины о наркотиках (статья 21) требует распределять лекарственные препараты строго по рецепту, если они не входят в список препаратов, продаваемых без рецепта, установленный приказом Министерства здравоохранения. Налоксон зарегистрирован в форме гидрохлорида налоксона 0,04% в ампулах по 1 мл. [30]. Он производится в Украине и стоит относительно дешево — от 60 коп. до 1,60 грн. за ампулу.

В настоящее время в клинической практике в Украине врачам рекомендуется использовать налоксон внутривенно во время первой стадии детоксикации в случае острой интоксикации опиатами с повторным использованием через 20 минут, если это необходимо. Налоксон также ис-

пользуется для лечения быстрой опиоидной детоксикации в течение первых 24 часов активной терапии [41]. Тем не менее, налоксон редко применяется в других медицинских учреждениях помимо специализированных наркологических клиник. Его не часто можно найти у врачей карет скорой медицинской помощи или в отделениях скорой помощи. Кроме того, в Украине не существует ни эпидемиологических данных, которые отражали бы количество случаев передозировок, ни систематической регистрации передозировок [4]. Существенное занижение сведений о случаях передозировки приводит к недооцениванию программ, которые распространяют налоксон непосредственно среди потребителей наркотиков.

В то же время законодательство не ограничивает врачей в назначении налоксона пациентам, медицинское обследование которых показало высокий риск передозировки. Количество и дозировка препарата определяются врачом после оценки потребностей пациента. В этом случае врач действует в интересах пациента с целью предотвращения возможной смерти от передозировки опиатами. Назначение препарата пациенту должно сопровождаться инструктажем по его использованию, а также другой информацией по контролю за передозировками. Поскольку человек в состоянии передозировки не может самостоятельно применять налоксон, желательно проводить специальные тренинги для групп потребителей наркотиков, друзей и членов их семей, где они смогут обучиться основным навыкам. Применение налоксона абсолютно уместно, если человек, которому его введут, имеет действующий рецепт о его назначении врачом.

наркотиков — тем, кто был освобожден из тюрьмы либо прошел программы реабилитации или детоксикации. Большое преимущество налоксона состоит в том, что шанс его неправильного применения ничтожно мал, поскольку сам препарат не оказывает никакого воздействия на организм при отсутствии в организме опиатов и не может вызвать стресс на черном рынке.

Наиболее часто упоминаемые в опубликованной литературе проблемы связаны с юридическим ограничением назначения препарата, владением и применением налоксона; стоимостью распространения большого количества налоксона, коротким сроком хранения препарата и, в связи с этим, риском передозировки после того, как налоксон усвоится организмом; снижением переносимости препарата в результате многократного использования [3, 22]. В некоторых документах высказаны опасения по поводу того, что распространение данного препарата методом «равный — равному» и, таким образом, исключение элемента опасности передозировки может способствовать более опасному употреблению наркотиков и увеличению общего уровня употребления опиатов. Ни одно из существующих исследований не подтвердило эти опасения. Напротив, в одном из исследований сообщалось об уменьшении употребления героина среди ПИН [32]. На начальном этапе распространения налоксона методом «равный — равному» было высказано беспокойство, что подобная практика может подорвать другие стратегии профилактики передозировок, такие как восстановление проходимость дыхательных путей и вызов скорой помощи. Также существовали опасения по поводу эффективности данной интервенции [1]. Тем не

Доказательства того, что тренинги по передозировкам и программы по распространению налоксона спасают жизни¹:

Первую программу по распространению налоксона провела организация «Chicago Recovery Alliance» в округе Кук, штат Иллинойс, США. Эта программа помогла снизить уровень смертности с 466 случаев в 2000 году до 324 — в 2003 году. Всего с 2001 года благодаря налоксону удалось спасти жизнь более 500 ПИН.

Проект «SKOOP» в Нью-Йорке зафиксировал 150 случаев устранения передозировок после употребления налоксона за первый год деятельности проекта.

Проект «DOPE» в Сан-Франциско работает с 2001 года. Проект зафиксировал более 500 случаев устранения передозировок у активных ПИН.

Опубликованные факты

Распространение налоксона среди потребителей наркотиков имеет очевидные преимущества. Групповое употребление способствует тому, что человек, страдающий передозировкой, находится в окружении других людей. Соответственно, должным образом обученные потребители смогут применить налоксон при первых признаках передозировки, до оказания медицинской помощи. Такой подход в использовании налоксона значительно снижает риск смертельного исхода вследствие передозировки. Это также увеличивает шансы на возможность своевременного вызова скорой медицинской помощи и транспортировки пострадавшего в более подходящее место или больницу. Такие программы могут иметь еще больший эффект, если внедрить распространение налоксона среди наиболее подверженных риску передозировки групп потребителей

менее, более 30 опубликованных исследований опровергают эти предположения.

Рассмотренные статьи [1, 13, 15, 17–19, 31–36] приводят данные, собранные в процессе реализации программ, которые распространяли налоксон в США, Великобритании, Италии и Германии. Ни о каких арестах либо судебных преследованиях во время действия этих проектов не сообщалось. Все случаи применения налоксона были высокоэффективными. Зафиксировали всего несколько сообщений о неблагоприятных результатах.

В целом, все исследования, изученные при подготовке данной статьи, подчеркнули существенные преимущества распространения налоксона среди ПИН. Большинство исследований рекомендовало развитие налоксонных программ, предназначенных для потребителей наркотиков.

¹ Информацию об этих программах на английском языке можно найти на сайте www.harmreduction.org.

Рекомендации по развитию услуги

1) Обучение и увеличение потенциала.

Наряду с распространением налоксона по методу «равный — равному», важно провести обучение, включающее такие темы, как причины передозировки, факторы риска вызванной опиатами смерти, опасность полинаркомании [23]. Потребители наркотиков должны знать, что такое передозировка, и распознавать ее признаки. ПИН должны быть ознакомлены с различными методиками оказания первой помощи, например методикой искусственного дыхания и первичных реанимационных действий в полевых условиях. Обучение методике искусственного дыхания должно занимать центральное место в процессе обучения, так как ее может быть достаточно для того, чтобы остановить передозировку даже без налоксона, а при применении налоксона она приобретает особое значение. ПИН должны обладать навыками использования самого налоксона [22]. Правильное разъяснение действия налоксона поможет осознать важность роли профессиональных услуг скорой медицинской помощи после использования препарата, и увеличить количество обращений в медицинские службы в случае передозировки [19, 7].

2) Сотрудничество с милицией и медицинским персоналом.

Большое количество проблем можно избежать, если предупредить милицию о внедрении налоксоновой программы, поскольку аресты в местах, где возможны передозировки, демотивируют ПИН, заставляя их избегать медицинской помощи [7]. Сотрудничество с медицинским персоналом улучшит понимание передозировки как социальной проблемы и будет иметь положительное воз-

действие на сокращение уровня смертности. Обучение работников скорой медицинской помощи и других врачей необходимо для того, чтобы улучшить понимание проблемы передозировки и надлежащего использования налоксона.

Следует обеспечить врачебное назначение налоксона в том случае, если ПИН нуждаются в каком-либо доказательстве того, что они имели при себе законно выписанный препарат [32].

3) Адвокация.

Настоятельно рекомендуется сконцентрировать усилия программ снижения вреда на продвижении идеи внесения налоксона в список продаваемых без рецепта препаратов. Это потребует внесения изменений в приказ Министерства здравоохранения Украины, что намного легче сделать, по сравнению с внесением изменений в законодательство или постановления. Налоксон соответствует всем критериям продаваемого без рецепта препарата: он эффективен, может применяться без наблюдения врача, отличается низким уровнем побочных действий и малым риском неправильного применения [6].

4) Нужно провести анализ украинского законодательства, чтобы определить риски, которым могут подвергаться врачи и организации, практикующие распространение налоксона. Кроме того, следует разъяснить, какие инструкции должны предоставляться вместе с распространением налоксона, как распределять налоксон; легально ли применять налоксон без рецепта. Эти и другие проблемы должны быть полностью изучены, чтобы минимизировать всевозможные юридические риски при распространении налоксона.



Фото Н. Кравчук



Фото Л. Тешаевой

Заключение

Данные международных программ подтверждают высокую степень эффективности применения налоксона в домашних условиях, что позволяет предотвратить смерть от передозировки среди потребителей наркотиков в случаях, когда немедленная медицинская помощь не доступна.

Использованная литература

1. Baca CT, Grant KJ. Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction*, 2005; 100/12: 1823-1831 (9).
2. Sporer KA. Strategies for preventing heroin overdose. *BMJ*. 2003;326: 442-444.
3. Ritter AJ. Naltrexone in the treatment of heroin dependence: relationship with depression and risk of overdose. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36:2, 224 — 228.
4. Coffin P, Strodaha A. Overdose in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute, New York, NY. January—May 2001.
5. Wasiake J, Clavisi O. Is subcutaneous or intramuscular naloxone as effective as intravenous naloxone in the treatment of life-threatening heroin overdose? *MJA* 2002; 176 (10): 495.
6. Burris S, Noreland J, Edlin B. Legal aspects of providing naloxone to heroin users in the United States. *Int J Drug Policy*. 2001; 12: 237-248.
7. Darke S, Zador D. Fatal heroin “overdose”: a review. *Addiction*. 1996; 91: 1765-1772.
8. Powis B, Strang J, Griffiths P, et al. Self-reported overdose among injecting drug users London: extent and nature of the problem. *Addiction*. 1999; 94: 471-478.
9. Strang J, Best D, Man L, Noble A, Gossop M. Peer-initiated. *Int J Drug Policy*. 2000; 11: 437-445.
10. Sporer KA. Acute heroin overdose. *Ann Intern Med*. 1999; 130: 584-590.
11. Strang J, Powis B, Best D, et al. Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: pre-launch study of possible impact and acceptability. *Addiction*. 1999; 94: 199-204.
12. Darke S, Hall W. The distribution of naloxone to heroin users. *Addiction*. 1997; 92: 1195-1199.
13. Dettmer K, Saunders B, Strang J. Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *BMJ*. 2001; 322: 895-896.
14. Strang J. Heroin overdose: the case for take-home naloxone. *BMJ* 1996; 312: 1435-1436.
15. Bigg D. Data on take home naloxone are unclear but not condemnatory (letter). *BMJ*. 2002; 324: 678.
16. MedlinePlus Medical Encyclopedia, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000016.htm#Definition>
17. Mountain D. Take home naloxone for opiate addicts. Big conclusions are drawn from little evidence. *BMJ*. 2001; 323: 934.
18. Ashworth AJ, Kidd A. Take home naloxone for opiate addicts. Apparent advantages may be balanced by hidden harms. *BMJ*. 2001; 323: 935.
19. Seal KH, Downing M, Kral AH, Singleton-Banks S, Hammond JP, Lorvick J, Ciccarone Dan, Edlin BR. Attitudes About Prescribing Take-Home Naloxone to Injection Drug Users for the Management of Heroin Overdose: a Survey of Street-Recruited Injectors in the San Francisco Bay Area. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Volume 80, Number 2, 1 June 2003, pp. 291-301 (11).
20. Chicago Recovery Alliance. CRA’s opiate overdose prevention program 2002 and opiate overdose prevention/intervention training slide show [on-line]. Available at: <http://www.anypositivechange.org/res.html>.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Transmission of hepatitis B and C viruses in outpatient settings—New York, Oklahoma, and Nebraska, 2000–2002. *MMWR MorbMortal Wkly Rep*. 2003; 52: 901–906.
22. Lenton SR, Hargreaves KM. Should we conduct a trial of distributing naloxone to heroin users for peer administration to prevent fatal overdose? *Med J Aust*. 2000; 173: 260–263.
23. How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people? WHO, Health Evidence Network (HEN). http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/homeless/20050124_4.
24. Broadhead RS, Heckathorn DD, Weakliem DL, et al. Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention. *Public Health Rep*. 1998; 113: 42–57.
25. Указ Кабинета Министров Украины #400, 29.03.06.
26. Приказ Министерства Здравоохранения Украины #153, 18.08.95.
27. Приказ Министерства Здравоохранения Украины #344, 07.07.04.
28. Приказ Министерства Здравоохранения Украины #490, 17.08.07.
29. Приказ Министерства Здравоохранения Украины #897, 27.12.06.
30. Приказ Министерства Здравоохранения Украины #339, 07.07.04.
31. Lenton SR, Hargreaves KM. A trial of naloxone for peer administration has merit, but will the lawyers let it happen? *Drug and Alcohol Review* (2000) 19, 365.369.
32. Seal KH, Thawley R, Gee L, Bamberger J, Kral AH, Ciccarone D, Downing M, Edlin BR. Naloxone Distribution and Cardiopulmonary Resuscitation Training for Injection Drug Users to Prevent Heroin Overdose Death: A Pilot Intervention Study. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 82, No. 2, doi:10.1093/jurban/jti053.
33. Maxwell S, Bigg D, Stanczykiewicz K, Carlberg-Racich S. Prescribing Naloxone to Actively Injecting Heroin Users: A Program to Reduce Heroin Overdose Deaths. *Journal of Addictive Diseases*, Vol. 25(3) 2006. Available online at <http://jad.haworthpress.com>.
34. Hurley D, Emergency Antidote, Direct to Addicts. *The New York Times*. Dec 11, 2007.
35. Graham CA, McNaughton GW, Ireland A, Cassells K, Mountain D, Blackwood G, et al. Take home naloxone for opiate addicts. *BMJ* 2001; 323: 934.
36. Strang J, Kelleher M, Best D, Mayet S, Manning V. Emergency naloxone for heroin overdose. *BMJ*, Sep 2006; 333: 614 — 615.
37. Galea S, Worthington N, Piper TM, Nandi VV, Curtis M, Rosenthal DM. Provision of naloxone to injection drug users as an overdose prevention strategy: Early evidence from a pilot study in New York City. *Addictive Behaviors*, May 2006; 31: 907-912.
38. Seaman SR, Brettell RP, and Gore SM. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *BMJ*, Feb 1998; 316: 426 — 428.
39. IPCS/CEC Evaluation of Antidotes Series. International Programme on Chemical Safety. <http://www.inchem.org/documents/antidote/antidote/ant01.htm#PartNumber:2>.
40. Kelly AM, Kerr D, Dietze P, Patrick I, Walker T, Koutsogiannis Z. Randomised trial of intranasal versus intramuscular naloxone in prehospital treatment for suspected opioid overdose. *MJA* 2005; 182 (1): 24-27.
41. Кузьминов В.Н., Абросимов А.С. Наркомания, токсикомания: фармакотерапия наркотической зависимости// Наркотики в наркопсихофармакологии. — Харьков, 2002.

Использование налоксона как средства снижения уровня смертности от передозировки опиатными наркотиками среди потребителей инъекционных наркотиков²

Авторы: Оксана Матияш, Марина Варбан

Что такое НАЛОКСОН?

Короткая справка:

- Налоксон (синонимы: наркан, нарканти). Официальное название — гидрохлорид налоксона. Препарат является антагонистом наркотиков и используется в процессе лечения острых отравлений, вызванных наркотической передозировкой опиатами (героином, морфином, кодеином, метадонем, промедолом, бупренорфином, фентанилом, пентазоцином и др.).
- Налоксон снимает симптомы угнетения дыхания и судороги, которые возникают при передозировках героином и другими опиатами, повышает пониженное кровяное давление.
- Налоксон эффективен также при алкогольной коме — тяжелом отравлении алкоголем.
- В Украине налоксон является медицинским препаратом, отпускаемым только по рецепту врача-нарколога. Выпускается в виде раствора для инъекций в ампулах (в упаковке 10 ампул по 1 мл). 1 мл раствора содержит 0,4 мг налоксона гидрохлорида.

Передозировка опиоидными наркотиками³

Передозировка — это одна из самых опасных ситуаций в жизни наркозависимых. Наркотики влияют на мозг, контролирующей работу всех других органов человеческого тела — сердца, дыхательной системы и т.д. Каждый наркотик отличается определенным эффектом, ради которого, вероятно, наркозависимые его и употребляют. В то же время каждый наркотик оказывает и токсическое действие. Дозы, которые вызывают изменения психоэмоционального состояния человека и токсический эффект, обычно несколько различаются и зависят не только от вида наркотика, но и от того, кто и в каком состоянии его принимает. Поэтому случается, что доза, которая казалась потребителю в определенные моменты наркотической, оказывается в данный конкретный момент токсической, чрезмерной, вызывающей передозировку. Таким образом, если слишком большое количество наркотика попадает в мозг и другие органы, наступает передозировка. Передозировка опасна для жизни: она может привести к смертельному исходу, особенно если вовремя не оказать человеку помощь.

Передозировка в любой момент может стать летальной, опасной для жизни — человек перестанет дышать. Специфика влияния опиатов на центральную нервную систему организма заключается в том, что замедляется дыхание и сердечный ритм, падает артериальное кровяное давление, снижается температура тела. В свою очередь, нехватка кислорода в мозге приводит к потере сознания, коме или смерти. Мозг может погибнуть через 10 минут после остановки дыхания.

Возможные причины передозировок:

Смешивание наркотиков — самая частая причина смерти при передозировке. Речь идет как о введении «коктейля» из нескольких наркотических веществ (в одном

шприце), так и об одновременном употреблении разных препаратов (опиатов, димедрола, барбитуратов, алкоголя и др.). Наркотики взаимодействуют друг с другом и, соответственно, токсическое воздействие на организм усиливается. Если принимается наркотик, относящийся к опиатам, нужно воздерживаться от приема алкоголя или препаратов-депрессантов (например, снотворных). Алкоголь можно употреблять лишь через несколько часов. За это время организм сможет хотя бы частично очиститься от наркотика.

Привыкание/толерантность. Одним из свойств наркотиков является способность вызывать привыкание (толерантность). При развитии привыкания для достижения желаемого эффекта от употребления наркотика, например эйфории («кайфа»), приходится вводить все большую дозу. Непрерывное увеличение дозы усиливает наркотическую зависимость и очень часто приводит к передозировке. Если в приеме наркотиков наступает перерыв (лечение, воздержание, детоксикация, тюремное заключение) организм постепенно отвыкает, поэтому введение прежней дозы может привести к передозировке.

Введение наркотика. Введение наркотика до окончания действия предыдущей дозы способствует его накоплению в организме и может привести к передозировке.

Степень очистки наркотика. Действие наркотика зависит от степени его очистки, то есть от количества содержащихся в нем примесей. Если покупается наркотик неизвестного качества или же свой «продукт» предлагает новый поставщик, подобрать дозу бывает сложно, поскольку невозможно определить «на глаз», сколько в наркотике содержится активного вещества, а сколько — примесей.

Изменения в состоянии здоровья. Изменения в состоянии здоровья могут влиять на риск передозировки. Болезнь или снижение веса могут изменить способность организма переносить наркотик.

Смерть от передозировки наркотиками может наступить в течение 1–3 часов после инъекции, если человеку вовремя не оказать помощь.

² В данной публикации используются материалы тренинга Лидии Х. Гутерман (МРН): «Наркотическая передозировка: профилактика, распознавание, реакция и тренинг по использованию налоксона».

³ По материалам СПИД Фонда «Восток-Запад»/
http://www.afew.org/russian/drugusers_articles/12drugusers.php.

Помощь при передозировке опиатами

Если возникли симптомы передозировки, необходимо сделать следующее:

1. Вызвать «скорую помощь». В большинстве случаев при передозировке требуется квалифицированная медицинская помощь, а иногда и специальное оборудование. Поэтому «скорую помощь» следует вызывать обязательно!

2. Необходимо убедиться, что пострадавший находится в сознании: громко и несколько раз обратиться к нему по имени; если он не реагирует, то ущипнуть его за мочку уха (она довольно чувствительна, и если человек не потерял сознание, онотреагирует). Если у пострадавшего отсутствует реакция на такие действия, лучше всего сделать следующее: растереть ему уши, покрутить мочки ушей, похлопать ладонями по щекам, по шее сзади. Можно смочить ватку или кусочек ткани нашатырным спиртом и поднести к носу пострадавшего.

3. Следует освободить пострадавшего от **стесняющей дыхание одежды, расстегнуть ворот, чтобы ему было легче дышать**.

4. Если пострадавший пришел в себя, нельзя давать ему уснуть — необходимо говорить с ним, заставлять отвечать на простые вопросы. Нелишне объяснить ему, как он должен дышать: глубокий медленный вдох — спокойный медленный выдох. Необходимо наблюдать за дыханием пострадавшего, поскольку при передозировке опиатами оно затруднено, и человек может вообще перестать дышать.

5. Если сознание восстановить не удалось, отсутствуют дыхательные движения грудной клетки, пульс на сонной или бедренной артериях не прощупывается, сердцебиение не прослушивается, а зрачки расширены — жизнь пострадавшего в большой опасности. Но ее можно спасти.

Если вам нужно оставить человека даже на 1 минуту, чтобы вызвать «скорую помощь», уложите человека в **безопасное положение**⁴:



1. Поднимите согнутую в локте правую руку пострадавшего к голове (как если бы он махал рукой).

2. Приложите его левую руку внешней стороной ладони к правой щеке.

⁴ Рисунок заимствован из презентации Лидии Х. Гутерман (МРН): «Наркотическая передозировка: профилактика, распознавание, реакция и тренинг по использованию налоксона».

3. Придерживая руку в заданном положении, поднимите левое колено.

4. Положите его на бок, потянув за левое колено.

Следует использовать следующие приемы, которые помогут пострадавшему продержаться до приезда «Скорой помощи»:

1. Необходимо уложить пострадавшего на твердую поверхность (например, на пол или тротуар, но не на кровать с прогибающейся сеткой).

2. Нужно проверить проходимость верхних дыхательных путей (нос, рот, горло). При передозировке пострадавшему чаще всего мешают дышать запавший язык (это происходит из-за расслабления всех групп мышц) или рвотные массы. Их следует удалить изо рта пальцем (лучше перед этим обмотать палец тканью или бинтом).



3. Нужно максимально запрокинуть голову пострадавшего, подложив одну руку под шею и осторожно потянув голову вверх, одновременно другой рукой надавливая на лоб.

4. Приоткрыть рот пострадавшего и выдвинуть нижнюю челюсть. Для этого нужно нащупать углы нижней челюсти (они расположены симметрично чуть ниже мочек ушей), захватить их и выдвинуть челюсть вперед так, чтобы верхние и нижние зубы находились в одной плоскости.



Если дыхание и работа сердца не восстановились, а «скорая помощь» еще не прибыла, нужно сделать искусственное дыхание методом «рот в рот» и закрытый массаж сердца. Эти приемы на какое-то время смогут заменить нормальную работу легких и сердца. Важно помнить, что эти органы у человека в обычном состоянии работают одновременно, поэтому одновременно должны проводиться искусственное дыхание и массаж сердца.

Искусственное дыхание

1. Нужно сделать глубокий вдох.

2. Открыть рот пострадавшего и своими губами плотно обхватить его губы (лучше делать это через носовой платок или кусок ткани).

3. Закрыть его нос пальцами (иначе весь вдвухаемый воздух выйдет через нос).

4. Сделать выдох, вдвухая воздух в легкие пострадавшего.

5. Необходимо контролировать правильность выполнения дыхания — грудная клетка пострадавшего должна приподниматься. Отсутствие движений грудной клетки указывает на то, что воздух в легкие не поступает. В таком случае еще раз нужно убедиться в проходимости верхних дыхательных путей. При необходимости прочистить их повторно. Иногда возникает потребность увеличить объем вдываемого воздуха.



6. Следует иметь в виду, что при этом пострадавшему обеспечивается только «вдох», а «выдох» должен происходить самостоятельно (не нужно пытаться самостоятельно выдавливать воздух из легких пострадавшего).

7. Частота искусственных вдохов, как правило, должна составлять 18–20 вдохов в минуту. Меньшее количество вдохов не обеспечивает поступление достаточного количества кислорода.

Закрытый массаж сердца

Не следует начинать массаж сердца, если на запястьях пострадавшего прощупывается пульс. Прежде чем приступить к массажу сердца, пострадавшему нужно сделать два искусственных вдоха.

1. Необходимо встать на колени сбоку от пострадавшего и найти у него «солнечное сплетение» — это то место, куда бьют «под дых»; в верхней его части легко прощупывается «мечевидный отросток» грудины.



2. Нужно положить основание ладони одной руки попеременно на 3 см выше «мечевидного отростка» (нельзя смещать руку ниже, туда, где грудина переходит в «мечевидный отросток» — эту хрупкую кость можно легко сломать); нельзя смещать руку в сторону от средней линии

туловища — давление на ребра достаточно часто приводит к их переломам.

3. Кисть второй руки нужно положить на первую (так, чтобы мизинцы образовали угол 45 градусов), чтобы таким образом усилить давление. Пальцы не должны нажимать на ребра; руки нужно разогнуть в локтевых суставах — это позволяет использовать для нажатия не только силу рук, но и тяжесть туловища.



4. Теперь можно приступать к массажу — ритмичным толчкам грудной клетки.

5. Не нужно отрывать кисти от грудной клетки пострадавшего после нажатия, но после толчка нужно избегать надавливания, давая возможность

грудине вернуться в исходное положение.

6. Число движений при массаже должно быть в пределах 80–100 в минуту.

Если искусственное дыхание и закрытый массаж сердца проводит один и тот же человек, сначала нужно сделать два искусственных вдоха, после чего выполнить 15 нажатий на грудину. Затем повторить эти действия в указанной последовательности. Через каждые 2–5 минут искусственного дыхания и массажа следует на несколько секунд останавливаться, чтобы проверить, не появился ли пульс и не восстановилось ли самостоятельное дыхание.

Если есть помощник, то один может обеспечивать вдох, а другой — массаж. Нужно помнить, что даже когда это делается вдвоем, вдох и нажатия производятся в строгой последовательности: после 1 искусственного вдоха следует 5 нажатий на грудину (одновременно наполнять легкие воздухом и давить на грудную клетку бессмысленно).

Искусственное дыхание и массаж сердца необходимо делать до приезда «скорой помощи» или восстановления сердечной деятельности и дыхания.

Признаки восстановления сознания и дыхания:

- Попытки пострадавшего самостоятельно сделать вдох.
- Появление пульса на сонной или бедренной артериях.
- Некоторое «улучшение» цвета кожи.
- Спонтанные движения гортани (у мужчин она образует выступ на шее, который принято называть «кадыком»).
- После восстановления пульса и дыхания необходимо повернуть пострадавшего на бок и подложить ему что-либо под голову, чтобы он не захлебнулся рвотными массами.

В качестве первой помощи при передозировке можно использовать налоксон, временно нейтрализующий действие опиатов. Применение налоксона при передозировках опиатами позволяет быстро восстановить дыхание и привести человека в чувство.

Использование налоксона



Инъекция гидрохлорида налоксона применяется для того, чтобы предупредить смертельный исход от наркотической передозировки. При передозировках доза вводимого препарата и способ введения зависят от

состояния человека и количества опиоидного вещества, которое содержится в организме.

Налоксон вводят внутривенно (медленно, по капле, в течение 2–3 мин.), внутримышечно в плечо (дельтовидная мышца), ягодицы (ягодичная мышца), бедро или подкожно. Доза — 0,4 мг. При угрозе жизни лучше вводить



человек должен находиться под постоянным медицинским контролем и в условиях, которые дают возможность проводить искусственную вентиляцию легких, а также другие реанимационные действия.

При передозировке необходимо сразу же вызвать скорую помощь, ввести налоксон и принять меры по восстановлению сознания и дыхания у пострадавшего.

Тесты показали, что применение налоксона не вызывает ни эффекта привыкания, ни физической, ни психологической зависимости. Кроме того, он не имеет психоактивных эффектов.

Налоксон считается безопасным препаратом, хотя некоторые осложнения после его использования были зарегистрированы. При слишком быстром введении препарата могут возникать тошнота, рвота, сильное сердцебиение, судороги, дрожь, усиление потливости, высыпания на коже, зуд и т.п.

Некоторые факты о налоксоне

- В США практика использования налоксона является стандартной при оказании скорой неотложной медицинской помощи и лечении острой передозировки наркотиками. Кроме этого, он используется организациями, которые предоставляют услуги по снижению вреда среди ПИН в некоторых городах США.
- В Италии препарат продается без рецепта.
- В Украине налоксон применяют при лечении острой передозировки опиатами, комы при остром алкогольном отравлении, а также в анестезиологии для ускорения выхода из наркоза, при возобновлении дыхания у новорожденных и т.п.
- В быту налоксон часто путают с налтрексоном, препаратом для лечения алкогольной и наркотической зависимости.
- Налоксон противопоказан только в случае индивидуальной повышенной чувствительности к препарату.
- Клинические данные, которые подтверждали неблагоприятный характер воздействия налоксона на человеческий плод, не засвидетельствованы. В то же время беременные женщины могут применять налоксон только в случае явной необходимости.
- Клинические данные о передозировке налоксоном у людей отсутствуют.

препарат внутривенно. Он начинает действовать через 3–5 мин. после введения в организм. В случае недостаточного эффекта препарат вводят повторно в той же дозе через каждые 3–5 мин. до восстановления сознания и дыхания. Суммарная доза введения не должна превышать 10 мг. Если после введения такой дозы не восстанавливаются сознание и дыхание, то скорее всего отравление не связано с опиатами.

Как только человек придет в сознание, необходимо продолжать контролировать дыхание и состояние сердечно-сосудистой системы через равномерные промежутки времени. Следует помнить, что продолжительность действия наркотиков превышает длительность действия налоксона (время выведения опиатов из организма — несколько дней). Кроме этого, практика показывает, что сразу после применения налоксона человек ощущает синдром отмены, «ломку», состояние, возникающее в результате внезапного прекращения приема наркотических веществ. Синдром отмены опиатов характеризуется раздражительностью, потливостью, зевотой, насморком, слезотечением, «гусиной кожей», болью в костях и мышцах, дрожанием, учащенным дыханием и сердцебиением. Именно поэтому

Данные разных исследований показывают, что различные методы применения налоксона одинаково эффективны при передозировке. Однако, когда налоксон применяется внутривенно, то его действие, как правило, начинает проявляться в течение 3–5 минут, при внутримышечном применении он действует немного медленнее. Вместе с тем внутримышечное применение налоксона экономит время на поиски вены, что делает его более предпочтительным в «полевых» условиях. Продолжительность действия налоксона зависит от дозы и способа его применения. Внутримышечное применение препарата обеспечивает более длительный эффект, чем внутривенное.

В Украине налоксон производит Харьковское государственное фармацевтическое предприятие «Здоровье народа». Выпускается он только в виде раствора для инъекций в ампулах по 1 мл (10 ампул в упаковке). 1 мл раствора содержит 0,4 мг налоксона гидрохлорида. Стоимость — 10–16 грн. за 10 ампул.

В других странах налоксон выпускается в разных расфасовках: пузырьки, ампулы, назальный спрей (спрей для носа) или готовые к применению шприцы.

Срок годности налоксона истекает через два года после даты его изготовления. Препарат с истекшим сроком годности применять нельзя, его следует заменить.

Препарат чувствителен к свету, поэтому его нужно хранить в темном месте в упаковке или бумажном пакете при комнатной температуре от +15 до +25°C.

Возможные шаги по внедрению проектов использования налоксона для предотвращения смертности от передозировок в Украине⁵:

- информирование и разъяснительная работа среди представителей правоохранительных органов, медиков;
- обращения (письма, личные встречи) в силовые структуры для предоставления полной информации о препарате и подтверждения сотрудничества (обучение руководящего состава с последующим распространением информации рядовому составу);
- информирование, разъяснительная работа среди социальных и аутрич-работников, волонтеров, ближайшего окружения ПИН при помощи распространения информации через ВИЧ-сервисные организации, СМИ и специализированные буклеты (подтвержде-

ние фактов эффективности налоксона, охват более широкой аудитории ПИН, информирование о начале работы программы);

- консультирование и информирование ПИН — клиентов проекта на полевых маршрутах о налоксоне, т.е. создание устойчивого интереса и формирование знаний;
- информирование и привлечение в проект наркологов, получение от них согласия на предоставление рецептов на налоксон;
- подготовка инструкции по применению налоксона для ПИН и их ближайшего окружения;
- обучение ПИН и представителей их ближайшего окружения предоставлению первой помощи при передозировках опиатами и применению налоксона;
- закупка налоксона и сопутствующих материалов (например, спиртовые салфетки, шприцы), подготовка набора для применения препарата;
- распространение налоксона с помощью социальных, аутрич-работников, а также силами равных для предотвращения смертности от наркотических передозировок.

Некоторые факты о налоксоне

Можно ли вводить налоксон под язык? — Да, но есть риск, что потерпевший от передозировки может поперхнуться или захлебнуться. Кроме этого, подействует он не быстрее, чем при внутримышечном или внутривенном введении, но при этом ощущения пациента будут гораздо хуже. Самый лучший способ введения — внутримышечно. Можно внутривенно, но тогда много времени уйдет на поиск вен.

Действует ли опиат после того, как эффект налоксона уходит? — Налоксон действует от 30 до 60 мин. (героин — 6–8 часов, метадон — 24 часа). Когда эффект действия налоксона проходит, у пострадавшего снова наступает состояние передозировки, так как наркотик еще находится в организме и продолжает действовать.

Инъекция налоксона и искусственное дыхание — это те действия, которые помогут сохранить жизнь человеку, давая время доставить пострадавшего в больницу и оказать медицинскую помощь.

⁵ По материалам фокус-группы, проведенной с социальными работниками в Одесском благотворительном фонде «Дорога к дому», июнь 2008 г.

Авторы: Оксана Матияш, Марина Варбан

Общие сведения о стимуляторах

Самые распространенные стимуляторы легальны, к ним относят кофеиносодержащие вещества (кофе, чай, кола, гуарана, некоторые таблетки — кофетамин, каффетин и т.п.). Никотин, содержащийся в табаке, также относят к стимуляторам.

Нелегальные стимуляторы — это кокаин, крэк, амфетамины, метамфетамины, винт (первертин) и др.

Все стимуляторы (в разной степени) обладают следующими эффектами:

- стимулируют (увеличивают) активность нервной системы;
- учащают пульс, дыхание;
- повышают кровяное давление;
- усиливают потоотделение;
- повышают температуру тела;
- расширяют зрачки;
- подавляют аппетит;
- могут вызвать бессонницу, головокружение, тошноту, сухость во рту, тремор (дрожание конечностей), нарушение координации.



Фото Л. Тешаевой

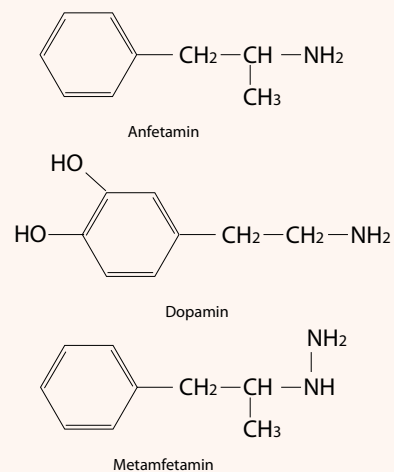
Различие амфетамина и метамфетамина

Как по химическому строению, так и по фармакологическому воздействию различия между ними не принципиальны.

Метамфетамин действует несколько дольше и мягче, чем амфетамин, что порой приводит к очень длительным периодам без сна и еды.

В Украине и России широко распространен «винт», кустарно изготовленный препарат на основе первертина (метамфетамина). Его воздействие сильно отличается от амфетамина. При инъекционном употреблении «винт» вызывает сильнейший «приход», поскольку помимо первертина, действие оказывают содержащиеся в нем йод-первертин и иные примеси. Употребление «винта» крайне негативно сказывается на здоровье человека: загрязняются печень и почки, портится кожа, особенно на лице, разрушаются зубы. Зависимость от «винта», как психическая, так и физическая, гораздо сильнее, чем та, к которой приводит употребление амфетаминов.

Метамфетамин⁷



⁶ По материалам презентации Лучано Колонна, директора по международному развитию «Weave Consulting».

⁷ Фото заимствованы из презентации Лучано Колонна, директора по международному развитию «Weave Consulting».

История амфетаминов

Впервые действие стимулятора группы фенилалкиламина — эфедрина — описали китайцы около 5000 лет назад. Амфетамин может рассматриваться как синтетический аналог эфедрина.

18 января 1887 г. амфетамин был впервые синтезирован немецким химиком Лазарем Эделеано и назван «phenylisopropylamine». Это открытие было тогда забыто на долгие годы.

В 1932 г. амфетамин был получен как средство, подавляющее аппетит. Амфетамин впервые продается как лекарство под названием «Фенамин» компаниями «Smith, Kline & French», в виде ингалятора. Вскоре после этого появились первые сообщения о злоупотреблении им.

Амфетамины нашли сначала военное применение, а затем вошли в мировую психотерапевтическую практику и приобрели массовую популярность. Во время Второй Мировой войны амфетамин давали американским и советским летчикам, морякам, танкистам, разведчикам, как средство для снятия усталости, борьбы со сном во время несения службы, повышения бдительности.

После войны американские солдаты принесли в Японию моду на амфетамины, затем с демобилизованными солдатами в 50-х годах эти препараты «перекочевали» в США, откуда продолжили свой путь в Европу. Особенно популярно употребление амфетаминов в Англии и Швеции. Они распространены также в Польше, Германии, Нидерландах. В Азии — в Китае и Казахстане.

В СССР амфетамины производились с 40-х годов, но ограниченно применялись в медицинской практике и были малодоступны. В 80–90-х годах увлечение амфетаминами захватило Северо-Западный регион России, страны Прибалтики, Казахстан и Украину. Чистые препараты употребляются реже. Они не очень доступны. Более известен суррогат метамфетамина называемый «винт», получаемый из эфедрина и представляющий собой смесь веществ, содержащую метамфетамин.

С середины 90-х годов в среде потребителей кустарных стимуляторов стала распространяться практика приготовления «мульки» на основе фенилпропаноламина (ППА), содержащегося в дешевых лекарствах от простуды типа «Колдакт», «Эффект», «Зестра», «Трайфед», «Актифед», «Флюколд» и т.п., которые можно купить в любой аптеке без рецепта. Употребление препаратов, приготовленных из «Колдакта» представляет собой большую проблему, т.к. само по себе лекарство в своей основе содержит фенилпропаноламин, запрещенный к продаже во всех развитых странах мира. Запрет на продажу фенилпропаноламина повлекли за собой результаты научных исследований, в результате которых было доказано, что его употребление, даже в фармацевтических дозах может привести к инсульту, который в свою очередь способствует инвалидизации (нарушению координации или речи). При инъекционном употреблении «чистого» фенилпропаноламина этот риск увеличивается в десятки раз.

Амфетамины по-прежнему распространены в психотерапевтической практике и сохранили свое «военное» значение — они входят в аптечки спецподразделений армии США. Производятся десятком фирм мира. По классификации Всемирной Организации Здравоохранения амфетамины относятся к наркотикам.

Источник: Энциклопедия наркотических средств — www.narcotics.org.ua



Действие стимуляторов

Стимуляторы повышают умственную и физическую работоспособность, увеличивают выносливость, повышают скорость реакции, устраняют чувство усталости и сонливости, увеличивают объем внимания, способность к запоминанию и скорость обработки информации, снижают аппетит и потребность во сне. В психологическом отношении стимуляторы вызывают ощущение бодрости, улучшение настроения вплоть до выраженной эйфории, повышают общий уровень мотивации. Причиной возникновения таких эффектов является активизация «выброса» в кровь норадреналина (гормона, принимающего участие в реализации реакций типа «бей или беги») и дофамина⁸ (гормона, отвечающего за эмоциональный и физический настрой человека; дофамин регулирует, в первую очередь, уровень адреналина в крови). Именно в результате выброса этих гормонов человеческий организм реагирует резкой мобилизацией всех своих ресурсов, стимуляцией всех жизненно важных процессов.

⁸ Дофамин (допамин) — нейромедиатор, а также гормон, вырабатываемый мозговым веществом надпочечников и другими тканями (например, почками).

К отрицательным эффектам приема стимуляторов относятся: наступающее после прекращения их воздействия общее утомление организма, относительно быстро возникающая психологическая зависимость. Сочетание приема амфетаминов с активными движениями, танцами, физическими нагрузками, спортом может вызвать сильное обезвоживание организма.

Амфетамины вызывают сильнейшую психологическую зависимость, особенно в результате длительного употребления. Без употребления человек ощущает эмоциональную подавленность, грусть, вялость, у него возникает сильное желание снова «взбодриться». Физическая зависимость от амфетаминов вырабатывается очень долго и является слишком тяжелой. В результате длительного постоянного употребления фенамина, адреналиновая и дофаминовая функция мозга может сильно нарушиться, и эти вещества практически перестанут самостоятельно вырабатываться. Соответственно, для нормального существования человеку будет просто необходимо снова и снова принимать препарат.

После употребления стимуляторов в организме начинается адреналиново-дофаминовое голодание, поскольку адреналин и дофамин перестают правильно вырабатываться в организме и регулировать его эмоциональную стабильность. В результате возникает, так называемый «отходняк» (синдром отмены), для которого, как правило, характерны такие симптомы:

- острая депрессия;
- эмоциональная подавленность;
- апатия;
- вялость;
- потливость;
- угнетенное состояние духа;
- сонливость;
- нервозность;
- истеричность;
- плаксивость, особенно у женщин;
- озлобленность;
- агрессивность;
- нарушение памяти.

Симптомы дофаминово-адреналинового голодания настолько сильны, что усилий организма становится недостаточно для его преодоления. В данной ситуации необходимо, чтобы человек находился в комфортной и спокойной обстановке, без эмоциональных и физических перегрузок, хорошо питался и много спал.

Наиболее опасными являются кустарные наркотики, приготовленные из любого препарата, содержащего псевдоэфедрин, т.н. «аптечные» наркотики. Иногда их называют «наркотиками для бедных или начинающих». Простота приготовления, доступность и дешевизна препаратов — основные причины широкого распространения таких наркотиков в Украине. Их особенностью является то, что сразу после употребления наступает «приход», который через несколько минут переходит в «отходняк». Чтобы снять «отходняк», потребители принимают следующую дозу, при чем прием таких наркотиков превращается в «марафон». Таким образом, доза увеличивается, а зависимость усиливается.



Фото Л. Тешаевой

Все окружающее может восприниматься с самой худшей стороны. Возможно возникновение психозов, других нервных расстройств, навязчивых идей и движений, мыслей о смерти и появление суицидальных наклонностей. Физическое состояние человека характеризуется отсутствием сил (бессилие, усталость), тремором (дрожание рук), болями в суставах.

Симптомы «винтовых отходняков» несколько отличаются и чаще всего проявляются в виде:

- гриппоподобного состояния — озноб, недомогания, насморк и т.п.;
- судорог в мышцах, особенно в челюстных мышцах (человек бессознательно двигает нижней челюстью, словно жует что-то);
- болями в сердце.

Последствия приема «аптечных» наркотиков наступают очень быстро — через несколько месяцев постоянного употребления, и подразумевают:

- необратимые разрушения центральной нервной системы;
- нарушение речи;
- нарушение мимики — лицо превращается в неподвижную маску, лицевые мышцы не работают;
- нарушение координации движений — ноги «не слушаются», человек не может держать равновесие;
- «скрючивание» пальцев на руках;
- общее отравление организма химическими веществами — печени, почек, легких, головного мозга;
- инсульт — кровоизлияние в мозг;

⁹ По материалам буклета «Аптека за углом». — МБФ «Вертикаль», 2008 г.

- паранойю;
- навязчивые страхи;
- беспричинную агрессию;
- нарушения интеллекта;
- сильное ухудшение памяти, особенно кратковременной (память на недавние события);
- нарушение социальных связей (потеря работы, друзей, семьи).

- моделирование, рисование, изготовление сувениров, фотография), спортивные мероприятия и т.п.;
- ✓ выпуск информационных материалов, флаеров, журналов для целевых групп, разработанных представителями самих групп.
- Организация комнат для «отходняка», где они могут поспать.
- Организация работы душа.



Особенности употребления стимуляторов

Стимуляторы употребляются перорально (таблетки), интраназально (вдыхание), ингаляционно, инъекционно (внутримышечно и внутривенно). В первых трех случаях эффект наступает через 15–30 минут и развивается достаточно плавно. При употреблении внутривенно препарат действует мгновенно, а эффект сопровождается «приходом» — резким выбросом адреналина в кровь.

Внутривенное употребление наиболее опасно, поскольку высока вероятность передозировки.

Кроме этого, прием некоторых препаратов амфетаминового ряда, например «винта», часто приобретает форму «марафонов» — ежедневного, непрерывного (по несколько раз в день) употребления с постепенным повышением дозы. *Именно такое потребление опасно с точки зрения возможности передозировки, сильного физического и психического истощения, неконтролируемого (часто незащищенного) сексуального поведения, использования «грязных» шприцов и т.п.*



Особенности ПИН-стимуляторщиков

Стимуляторщики — это, как правило, молодежь. Они общаются в небольших закрытых группах. Тяжело привлекаются к профилактическим мероприятиям, постоянно заняты.

Особенности профилактической работы со стимуляторщиками

- Проведение информационных тренингов и занятий:
 - ✓ стерилизация и утилизация шприцов;
 - ✓ первичная и вторичная передача ВИЧ/СПИД;
 - ✓ информация о гепатитах/туберкулезе;
 - ✓ более безопасные сексуальные практики и их обсуждение с партнером;
 - ✓ правильное использование презервативов;
 - ✓ доступ к лечению;
 - ✓ профилактика передозировки;
 - ✓ стратегии аутрич-работы;
 - ✓ вопросы, связанные с химической зависимостью.
- Проведение тренингов с родственниками, друзьями, сексуальными партнерами стимуляторщиков в целях ознакомления их с особенностями влияния токсичных веществ, используемых для варки наркотика.
- Раздача поощрительных предметов: жевательная резинка/конфеты без сахара, вода/несладкие напитки в «привлекательных» бутылках, солевой раствор, презервативы, лубриканты, информационные материалы и т.д.
- Проведение индивидуальной и/или групповой работы:
 - ✓ консультирование/беседы;
 - ✓ привлечение специалистов в роли «гостей» на групповые встречи;
 - ✓ просмотр видеofilьмов и их обсуждение и т.д.;
 - ✓ групповые занятия для досуга (конструирование,

Групповая работа¹⁰

Программа групповой работы предполагает проведение совместных занятий в виде консультаций, бесед, на которых сотрудники проекта встречаются с ПИН и обсуждают какие-то проблемы, пути их решения. Во время этих бесед сотрудники должны мотивировать клиентов к совместному употреблению с людьми, которым они доверяют (если это возможно), заботиться друг о друге, обсуждать друг с другом наиболее важные вопросы.

Такие занятия смогут помочь стимуляторщикам разработать планы употребления наркотиков и изменения индивидуального поведения. В план употребления наркотиков обязательно включаются периоды восстановления.

Групповые занятия помогут построить сотрудничество с ПИН и дадут возможность информировать их о здоровом способе жизни. Кроме этого, они помогут привлечь стимуляторщиков в группы самопомощи.

Групповые занятия могут быть разной продолжительности — от 30 до 90 минут на протяжении 12 недель. Максимальное количество участников таких занятий не должно превышать 10 человек. Занятия должны проводить 2 сотрудника проекта, которые имеют опыт работы с ПИН-стимуляторщиками, мотивационного консультирования и умеют толерантно обсуждать деликатные вопросы. Один из сотрудников проекта должен взять на себя ответственность за присутствие ПИН, контроль за восприятием и пониманием материала, поощрение группы, поддержку дискуссий, помощь во время демонстрации практических навыков. Второй сотрудник берет на себя презентацию материала, организацию и проведение дискуссии.

¹⁰ Для написания данного подраздела использовался материал из презентаций Лучано Колонна, директора по международному развитию «Weave Consulting».

Лучше, если группы будут однородными, например, отдельная группа для молодых потребителей стимуляторов, женщин коммерческого секса, людей, которые живут с ВИЧ и т.п. Группы могут быть смешанными — мужчины и женщины, но не рекомендуется приглашать в одну группу людей, которые находятся в интимных отношениях.

Принципы участия и посещения групповых занятий должны быть четкими, понятными для каждого и принятыми всеми участниками. Участники должны понимать, чего от них ожидают и каких правил они должны придерживаться. Еженедельные встречи должны иметь стандартную структуру, например:

- ✓ регистрация;
- ✓ приветствие участников;
- ✓ обсуждение последних новостей;
- ✓ дискуссия по выбранной теме;
- ✓ развитие практических навыков.

Групповые занятия можно проводить в формате лекций, обсуждений, совместных упражнений/игр, индивидуальных упражнений, ролевых игр, демонстраций умений и навыков, показа видеофильма, встреч с гостями-экспертами, разработки информационных материалов, проектов и т.п.

Темами таких занятий могут быть:

- ✓ стерилизация и утилизация шприцов;
- ✓ пути инфицирования ВИЧ, гепатитами, ИППП, туберкулезом;
- ✓ профилактика ВИЧ, гепатитов, ИППП, туберкулеза;
- ✓ безопасное употребление наркотиков;
- ✓ безопасное сексуальное поведение и его обсуждение с сексуальным партнером;
- ✓ наркотическая зависимость и пути ее преодоления;
- ✓ передозировки и первая помощь при передозировках;
- ✓ диагностика и лечение ВИЧ, гепатитов, ИППП, туберкулеза;
- ✓ заместительная поддерживающая терапия;
- ✓ АРВ-терапия и т.п.

Основное задание таких групповых занятий — это удержание интереса стимуляторщиков к участию в программе профилактики, информирование и стремление к изменению рискованного поведения.

Для того, чтобы поощрять стимуляторщиков к участию в групповых занятиях, можно предложить им еду, конфеты, жевательную резинку без сахара, призы, медикаменты, бесплатные услуги парикмахера или другие услуги, которые предоставляет проект.

Обзор материалов первой Глобальной Конференции, посвященной вопросам употребления метамфетаминов¹¹

Автор: Людмила Шульга

15–16 сентября 2008 г. в Праге (Чехия), прошла первая конференция, посвященная вопросам употребления метамфетаминов.

Во время открытия конференции председатель Лучано Колонна рассказал о том, что, согласно последним данным, метамфетамин является самым популярным наркотическим веществом после марихуаны и представляет опасность как для тех, кто его употребляет, так и для окружающих. Он призвал обобщить тот небольшой объем информации, которым располагают специалисты на сегодняшний день и поделиться опытом по борьбе с данной проблемой.

Др. Павел Бэм (мэр Праги) подчеркнул, что в настоящее время важно найти эффективные методы лечения метамфетиновой зависимости, а также эффективные методы профилактики употребления наркотиков. По мнению Др. Лангера (Министра внутренних дел Чехии), одной из самых важных задач на сегодняшний день является регулирование вопроса о контроле за незаконным оборотом наркотиков таким образом, чтобы он не мешал, а помогал программам профилактики и делал эти программы эффективными с точки зрения затрат. Он также акцентировал внимание на том, что поиск компромисса не является сложным заданием, поскольку и государство, и организации, занимающиеся этой проблемой, объединены одной целью — снизить вред от употребления наркотиков.

Др. Луиза Дегенхардт, которая представляла национальный исследовательский центр по изучению наркотических и алкогольных зависимостей в Сиднее (Австралия), отметила, что в настоящее время вопросы, связанные с употреблением метамфетаминов, недостаточно хорошо изучены. Исследования метамфетамина, который отличается по своему химическому составу от других наркотических веществ, показали противоречивые результаты относительно того, как этот наркотик влияет на организм, в чем заключаются особенности лечения метамфетиновой зависимости, какую роль он играет в передаче ВИЧ-инфекции. Подтверждение словам др. Дегенхардт будет проследиваться на протяжении всей конференции.

Первые презентации были посвящены видам метамфетаминов в разных странах. Как выяснилось, у выступающих существовали разные мнения относительно того, какие наркотические вещества можно охарактеризовать как стимуляторы амфетаминового типа. В связи с этим, описание работы конференции логично начать с пояснения терминологии.

Амфетамины

Впервые амфетамин был синтезирован в 1987 г. в Германии. В 1930-х годах амфетамины использовали для расширения бронхиальных сосудов, нарколепсии, депрессии, лечения болезни Паркинсона, алкогольной зависимости,

ожирения. Впоследствии обнаружилось, что у пациентов, употребляющих данный препарат, развиваются побочные эффекты, такие как пониженная чувствительность к лекарству, развитие психоза и привыкание. Несмотря на это, амфетамины продолжают использовать в медицинской практике, но оборот данного препарата строго контролируется.

Метамфетамины

Метамфетамин — аминная производная амфетамина, также используется в медицинской практике для стимулирования центральной нервной системы при лечении рассеянного внимания, связанного с гиперактивностью, при ожирении и других заболеваниях. Еще одна производная амфетамина называется меткатинон.

Оба препарата, метамфетамин и меткатинон, используют не только в медицинских целях. Будучи производными амфетамина, эти препараты изготавливаются на основе псевдоэфедрина. Психофармакологическое действие препарата одинаково. При приеме метамфетамина или меткатинона в головном мозге происходит выброс дофамина, химического вещества отвечающего за ощущения удовольствия.

Среди потребителей наркотиков, метамфетамин чаще всего известен под названиями «винт», «первентин», «белый», а меткатинон называют «джефф» или «болтушка». Эти вещества, как правило, употребляют внутривенно, перорально (через рот), ингаляционно (путем вдыхания), иногда — ректально (путем введения в прямую кишку).

Несмотря на то, что метамфетамин и меткатинон очень похожи, между ними все же есть существенные различия. Например, эффект употребления метамфетамина более сильный и более длительный в сравнении с меткатиноном. Отличается и процесс производства. Так, метамфетамин получают посредством восстановления псевдоэфедрина, а для изготовления меткатинона используют реакцию окисления.

Для производства метамфетамина большую часть необходимых химических препаратов можно купить в аптеках (лекарства от простуды или аллергии) или магазинах бытовой химии. Есть два способа приготовления метамфетамина, но его основными составляющими являются красный фосфор, эфедрин/псевдоэфедрин, йод. В Украине наиболее популярен более длительный метод производства, который включает смешивание основных препаратов с другими элементами (например, алкоголем, нашатырным спиртом и др.) Более короткий процесс включает использование удобрений и лития. Вне зависимости от выбранного процесса, в результате химических реакций образуются кристаллы метамфетамина, который может выглядеть либо как белый порошок, либо как ярко выраженные кристаллы. Технически, производство метамфетамина выглядит следующим образом:

¹¹ Данная статья не является отображением личного мнения автора, за исключением секции, где это указано. Весь материал основывается на докладах, сделанных участниками во время конференции.

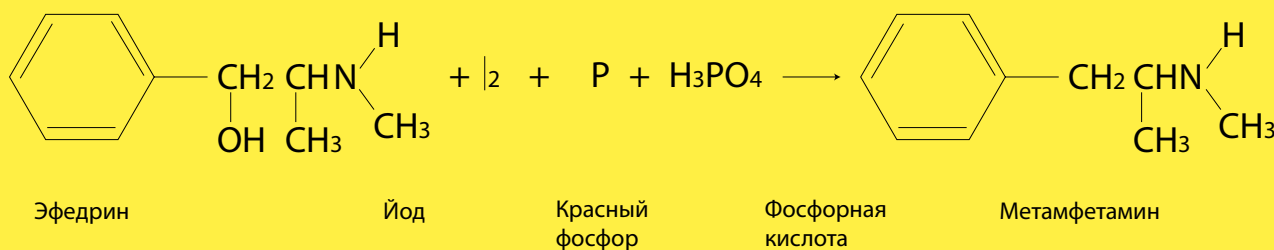


Рисунок: Phenomenon of Illegal Production of Methamphetamine in the Czech Republic: A Law enforcement Perspective, Lt. Col. Marek Blazejovsky

Производство метамфетамина сопряжено с высоким риском, так как во время течения реакций выделяются ядовитые пары, такие как фосфиновый газ, метиламин (газ с запахом аммиака), пары ацетона или хлороформа, испарения йода, белого фосфора, безводного аммиака, хлористого водорода/соляной кислоты, лития или метамфетаминовые испарения. Кроме токсичности самого процесса, как правило, производители метамфетамина не осознают факт возникновения побочных продуктов в ходе химических реакций, способных навредить окружающим. Например, при перегреве красного фосфора, из-за недостатка вентиляции, происходит выброс легкосамовоспламеняющегося фосфинового газа.

Более того, пары, выделяемые при изготовлении метамфетамина, впитываются в поверхность стен, полов, мебели, делая их токсичными. Наиболее подвержены воздействию химикатов дети. Крупные метамфетаминовые лаборатории, сливая отходы производства, наносят также непоправимый ущерб сельскохозяйственным угодьям, оставляя их непригодными для дальнейшего использования.

Влияние метамфетамина на организм человека

На первых стадиях употребления метамфетамина и меткотинона улучшается ощущение благосостояния, стимулируются физическая и сексуальная активность, повышается внимание.

При длительном употреблении метамфетамина возникает зависимость, потеря веса, депрессия, связанная с прекращением приема препарата, интенсивное выпадение зубов, амфетаминный психоз, учащенное сердцебиение, боль в груди, снижение зрения, затрудненное дыхание, сыпь, рвота, боли в суставах, озноб, тошнота, сухость кожи, повышенная потребность в мочеиспускании, раздражительность, боль в желудке. Но самое опасное то, что употребление метамфетамина само по себе вызывает изменения структуры мозга. Быстрее всего под действием метамфетамина происходит разрушение памяти.

Действие метамфетамина усугубляется другими химическими веществами, попавшими туда в процессе его изготовления. Эти примеси могут быть как непсихотропными веществами, такими как инозитол (витамин B8) либо диметилсульфон, или психотропными, такими как кофеин.

Причины употребления метамфетамина

Причины употребления метамфетамина могут быть многочисленны, как и причины употребления любого дру-

гого наркотика. Но поскольку употребление метамфетамина в значительной мере влияет на состояние психического здоровья, этим вопросом активно интересуются психологи. Они предлагают рассматривать расстройство психического здоровья не только как следствие, но и как причину употребления метамфетамина. Например, Др. Нена Мессина (США) считает, что одной из причин употребления метамфетамина является травма, перенесенная в детстве. Ее гипотеза основывается на результатах исследования, которое показало, что 77–99% женщин, зависимых от метамфетамина, в детском возрасте перенесли травму, связанную с физическим, сексуальным или эмоциональным насилием. Вероятно, данное предположение действительно и в отношении мужчин, которые также подвержены изменениям психического состояния вследствие травмы. Однако, это вопрос требует более пристального внимания, так как статистика насилий, направленных на представительей мужского пола, очень занижена.

Одна из популярных теорий о том, почему люди употребляют метамфетамин, — это особенности их сексуального поведения. Некоторые исследования показали, что употребление метамфетаминов среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, значительно выше в сравнении с другими сообществами, хотя достоверно не известно, является ли секс первопричиной для употребления метамфетаминов.

Некоторые исследования приводят доказательства в пользу того, что повышенная сексуальная активность является следствием употребления метамфетамина. С другой стороны, есть данные исследований, которые опровергают связь между употреблением этого наркотика и повышенной сексуальной активностью, а значит, и рисками заражения ВИЧ.

Противоречивость данных, тем не менее, не умаляет возможных рисков передачи ВИЧ, гепатита и других заболеваний среди инъекционных потребителей метамфетаминов.

С чем связан интерес к потребителям метамфетаминов и почему он возник только сейчас?

Многие презентации свидетельствовали о том, что за последние годы резко увеличилось количество людей, употребляющих метамфетамин. Возросло не только количество обращений за лечением метамфетаминовой зависимости, но также расширился возрастной диапазон обратившихся. Более того, выяснилось, что метамфетамин является вторым наиболее часто употребляемым наркотиком у людей с алкогольной зависимостью.

В Украине недавно проведенные исследования показали, что большая часть ПИН также вводят инъекции метамфетамина, произведенного, как правило, на дому.

Некоторые данные позволяют сказать, что в основном потребителями данного наркотика являются молодые люди в возрасте 30–35 лет. Попытка выйти на потребителей стимуляторов посредством программы профилактики силами равных (PDI) показала, что потребителями метамfetаминов очень часто оказываются более молодые люди в возрасте до 25 лет, причем количество потребителей этого наркотика варьируется от 26% до 57% от общего количества ПИН в разных регионах Украины. Данный проект показал также два важных факта для последующего планирования профилактических программ, а именно, что в большинстве случаев метамфетамин служит вторичным наркотиком, в то время как опиаты остаются на первом месте, а средний возраст начала употребления наркотических веществ составляет 16 лет.

Ряд выступлений со стороны Российских коллег также отражали тенденцию к распространению данного наркотика, особенно, среди ПИН.

Однако, все представленные данные носили ярко выраженный географический характер. Наиболее полно ситуация была отражена в докладе др. Мэта Найса (США). Он описал данные, опубликованные Управлением ООН по наркотикам и преступности (UNODC) касательно глобальной оценки употребления наркотиков амфетаминного типа. Как выяснилось, производство стимуляторов с 1990 года увеличилось более чем в семь раз. Наиболее яркие изменения произошли в 2000 г., когда производство амфетаминов значительно расширилось за счет вмешательства организованной преступности. К сожалению, отчет не приводит данных об Украине, однако отмечает рост производства и употребления метамфетаминов во всей Европе, включая восточную и юго-восточную ее части. На данном этапе UNODC инициировала новую программу, направленную на анализ, отчетность и отслеживание тенденций употребления, которая поможет развить новые интервенции по защите правопорядка.

Сложности лечения метамфетаминовой зависимости

Заместительная поддерживающая терапия

Вопросы лечения метамфетаминовой зависимости достаточно сложные и требуют более пристального внимания. Это сопряжено со многими факторами. Например, не до конца изучен вопрос о взаимосвязи между токсичностью данного наркотика и привыканием, о влиянии его на развитие когнитивных функций, детально не изучен синдром отмены препарата. Существует гипотеза, что для дальнейшего развития заместительной терапии необходимо изучить фазы привыкания к метамфетамину.

Еще одна сложность заключается в том, что период действия метамфетаминора гораздо дольше других наркотических веществ. Так, действие кокаина, этанола, героина, никотина составляет около 1 часа, в то время как действие метамфетаминора длится 12 часов. Принцип заместительной терапии заключается в том, что препарат, заменяющий наркотик, остается в организме дольше: метадон — 12 часов, никотиновый пластырь — 14 часов, налтрексон — 12 часов, модафинил — 8 часов. Для подавления действия метамфетаминора были изобретены несколько препаратов, но на практике они не применяются, так как могут вызывать эйфорию, либо токсичное влияние, а некоторые из них не

оказывают необходимого воздействия на мозг. Более того, нет доказательств того, что заместительная терапия может улучшить когнитивные функции. Несмотря на то, что разработки препаратов продолжают, их эффективность все еще остается под вопросом.

Некоторые позитивные результаты лечения метамфетаминора показали препарат налтрексон, принимаемый перорально. Имплантированный¹² налтрексон показал еще большую эффективность. На данный момент выдвигается гипотеза о том, что данный препарат может быть особенно эффективным при лечении двойной зависимости от героина и метамфетаминора.

Еще одна из последних разработок лечения метамфетаминора — это препарат, в основе которого лежит ибоба — вечнозеленый кустарник, корни которого содержат ряд алкалоидов, в том числе и ибобаин. В малых дозах он стимулирует центральную нервную систему, а в больших дозах может вызывать галлюцинации. В некоторых странах ибобаин используют для лечения хронических болей, облегчения симптомов отмены, лечения опиатной зависимости. Тем не менее, использование ибобаина жестко контролируется в таких странах, как США, Швеция, Швейцария, Бельгия, Дания, Франция и Австралия. Во многих странах ибобаин не зарегистрирован как медицинский препарат, и, соответственно, не может быть использован терапевтами. Несмотря на то, что некоторые предклинические исследования показывают положительные результаты, эффективность препарата не прошла рандомизированных клинических испытаний¹³.

12 шагов

Модель амбулаторной «двенадцатишаговой» реабилитации, которая применяется для лечения опиатной зависимости, показала некоторые положительные результаты для лечения метамфетаминора зависимости. Данная программа включает индивидуальные занятия для выздоравливающих, группы для тех, у кого был рецидив, группы по обучению семьи, группы социальной поддержки. Все компоненты программы сопровождаются обязательным тестом мочи на наличие следов метамфетаминора. Особенностью этого метода лечения принято считать повышенное внимание к тому, что происходит в настоящий момент в жизни пациента, его чувствах и поведении. Данная программа показала достаточно высокую эффективность для тех, кто курил метамфетаминора, а лечение для тех, кто употреблял их инъекционно, было гораздо длительнее.

Психологическая поддержка

Для людей с нарушениями деятельности мозга необходима глубокая психологическая помощь, которая может предоставляться амбулаторно. По мнению Томаса Кресина (США), при этом очень важно следовать предварительно разработанному протоколу.

¹² Термины «имплантат», «имплантация», предложенные Н.Н. Знаменским, подразумевают применение специальных материалов или предметов, которые вводят в организм для выполнения каких-либо функций в течение длительного времени.

¹³ Термин «рандомизация» произошел от англ. слова gandom (сделанный или выбранный наугад, беспорядочный) и в контексте клинических исследований обозначает случайный характер процесса выбора испытуемых в основную (где применяется препарат) и контрольную группы. Применение процедуры рандомизации обеспечивает более надежную статистическую основу количественной оценки различий между основной и контрольной группами.

Работая с метамфетаминовой зависимостью, необходимо сосредотачиваться не только на вопросах более безопасного употребления, но также уделять внимание вопросам секса и сексуальности, рискованному поведению, особенностям работы с ЛГБТ-сообществом¹⁴ и гетеросексуалами.

Методы профилактики употребления метамфетаминов: международный опыт

Опыт последних лет показывает, что программы по профилактике употребления метамфетаминов в основном базировались на стандартных подходах снижения вреда. Более того, многие из проведенных кампаний не отличались гибкостью в отношении потребителей наркотиков. Например, кампания «Война против наркотиков» в Таиланде, начавшаяся в 2003 году, продемонстрировала снижение употребления, улучшила раскрываемость преступлений и т.д. Вместе с тем, эта программа отличалась высоким уровнем жестокости, что разрушило многие достижения предыдущих интервенций снижения вреда.

В Британской Колумбии этот вопрос решался более мирным путем, а именно посредством усиления контроля продажи прекурсоров, проведения образовательных кампаний, рассчитанных на широкие слои населения, введение более суровых наказаний за преступления, связанные с наркотиками. Правительство также поддержало программы по оказанию первой медицинской помощи и программы лечения метамфетаминовой зависимости. Наряду с этим также приветствуются традиционные методы работы, такие как «равный — равному», работа с молодежными сообществами, аутич, переадресация, образование, адвокатура.

Мишка Терплан из Чикагского Университета обратил внимание на тот факт, что в США больше усилий направлено на ограничение продажи препаратов, содержащих наркотические вещества, введение более суровых наказаний за преступления, связанные с наркотиками. Более того, наркотики исторически ассоциируются с меньшинствами, молодежью, материнством, разрушением семьи. Такой подход, по его мнению, достаточно прост, так как женщины являются легкой мишенью, что приводит к последующим репрессивным действиям и мероприятиям, направленным против них. Поэтому основной задачей в настоящий момент является привлечение внимания общественности к проблеме употребления метамфетамина, при этом, не создавая хаос.

В Нью-Мексико в борьбе с употреблением метамфетаминов также использовали метод усиления наказаний за преступления, связанные с наркотиками. Др. Липер (США) подчеркнул важность участия полиции в программах снижения вреда и роль их обучения в борьбе против наркотиков. Более того, по его мнению, такие программы выгодны и для самих представителей полиции, так как вследствие полученного образования полицейские реже травмируются использованными иглами и, соответственно, реже болеют.

Существуют несколько примеров того, как к решению профилактики употребления метамфетаминов был привлечен частный бизнес. Эми Миффлин (США) рассказал о проекте, который предусматривал обязательное тестирование сотрудников на содержание наркотических веществ в

моче. Несмотря на то, что процесс рекрутинга стал дороже, тем не менее, такая проверка позволила контролировать работников, которые, в свою очередь, не употребляли метамфетамины из-за страха потерять работу.

Еще один пример вовлечения общества в решение данной проблемы был представлен на примере штата Калифорния (США). За осуществление данной программы в 2000 году проголосовала большая часть жителей штата. Программа нашла отражение в специальном документе «Акт о злоупотреблении наркотическими веществами и профилактики преступности». Теперь лицо, замешанное в преступлении, связанном с наркотиками, чаще приговаривается к принудительному лечению, чем к тюремному заключению или социальному сопровождению без лечения.

Достаточно нестандартный подход в проведении социального маркетинга был представлен Петером Лазовым (Словакия). Для осуществления целей проекта социальные работники выбирали слоган месяца, например: «Используйте каждый раз чистую иглу», или «Каждый раз меняй место для инъекции, чтобы избежать абсцесса». Такие короткие послания и недорогая рекламная продукция позволила работать над разрушением многих стереотипов. Для размещения слоганов использовались картинки, за сбор которых предлагалось вознаграждение, коробки спичек, салфетки, которые помогали обеспечить стерильность при приготовлении наркотика, а также публикации статей на тему месяца в журнале. Важность такого подхода заключалась в том, чтобы работать над одним сообщением в течение месяца. Эта кампания помогла проводить более длительные консультации с клиентами программы и качественно улучшить знания потребителей наркотиков.

Павел Смирнов (МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине») презентовал результаты проекта «Вмешательство силами равных», которые показали высокую эффективность обучения потребителей инъекционных наркотиков вопросам более безопасного употребления и путям передачи ВИЧ. С учетом того, что средний возраст начала употребления наркотиков составляет 16 лет, вполне оптимистично выглядят результаты, показывающие эффективность обучения молодых потребителей в возрасте до 20 лет. Более того, такой метод работы позволил начать изучение особенностей жизни и поведения потребителей стимуляторов, а также проводить дальнейшую разработку образовательных модулей, направленных на определенный круг потребителей.

Первая конференция, посвященная вопросам употребления метамфетаминов, показала, что в настоящий момент существует много разрозненных данных, а изучение этих вопросов не ведется систематически.

От автора

Поскольку влияние метамфетаминов до сих пор остается до конца не выясненным и, очевидно, имеет свою специфику в отдельно взятой стране, необходимо провести специальное исследование, которое раскроет ситуацию в Украине. Необходимо сконцентрировать внимание на том, кто употребляет данный вид наркотика, а значит, данное исследование не должно сосредотачиваться только на тех группах, которые охвачены проектами снижения вреда, но и включать в себя общее население и молодежь. Только таким способом можно получить оценочное число потребителей метамфетаминов и потенциальных клиентов

¹⁴ ЛГБТ-сообщество — сообщество людей с нетрадиционной сексуальной ориентацией (лесбиянки, геи, бисексуалы, транссексуалы).

программ профилактики.

Для дальнейшего планирования программ важно выяснить, какие наркотики наиболее часто употребляются наряду с метамфетаминами, какие осложнения здоровья (физического и психического) возникают вследствие такого употребления. При работе с потребителями стимуляторов необходимо быть готовыми к ситуации, когда придется работать с множеством подгрупп, каждая из которых имеет свою специфику. Следовательно, необходимо также изучить взаимосвязь между типами употребляемых наркотиков, образованием, возрастом и другими специфическими для данной группы характеристиками.

Опасности, связанные с производством данного наркотика, позволяют предположить, что необходима также работа с людьми, которые производят и продают метамфетамины. С другой стороны, такой подход, вероятно, будет находиться под пристальным вниманием милиции и может иметь свои сложности.

Список использованных презентаций

1. Luciano Colonna: Opening address: Science, Strategy and Response.
2. Pavel Bem: Lord Mayor's Welcome
3. Ivan Langer: When Policy Meets Research: A Balanced Approach Toward the Problem of Methamphetamine
4. Louisa Degenhardt: The Global Methamphetamine Picture: Existing evidence on Worldwide Use and Association with HIV.
5. Matthew Nice: 2008 Global ATS Situation Assessment / Global Synthetics Monitoring: Analyses Reporting and Trends Programme
6. Melissa Claire: Why Do Substance Users Choose Methamphetamine?
7. Brandon Marshall: High Rates of Injection and Non-injection Crystal Methamphetamine Use Among Queer Street Involved Youth in Vancouver
8. Kevin Kapila: Crystal Meth 101 in MSM in Boston
9. Arn Schilder: Sexuality and Mental Health Concerns Among Gay Men Who Use Methamphetamine In Vancouver, Canada
10. Barbara Warren: Brief Motivational Interventions in Public Health STD Clinics with Methamphetamine and Other Drug Users
11. Jean-Paul Grund: Amphetamines in Central & Eastern Europe: How Recent Social History Shaped Current Drug Consumption Patterns
12. David Marsh: Methamphetamine in British Columbia: Epidemiology and Public Health Responses
13. Evgeny Krupitsky: Clinical Trial of Long Acting Implantable Formulation of Naltrexone for Dual Amphetamine and Heroin Dependence: Preliminary Results
14. John Mendelson: Meds for Meth Addicts — An Exploration of the Challenges and Opportunities to Developing Pharmacotherapies for Methamphetamine Addiction
15. Alex Wodak: Developing Dexamphetamine Substitution Treatment for Stimulant Users
16. Maggie Chartier: High-risk Sexual Behavior and Avoidance-based Coping Among Methamphetaminedependent HIV-positive MSM
17. Thomas Freese: Outcomes from a Randomized Trial of Behavioral Interventions for MSM in Los Angeles County
18. Apinun Aramrattana: Thai War On Drugs: What Have We Learned
19. Valentina Pavlenko: Providing Integrative Services to Stimulant Users in an Industrial Regressive Region: Ukrainian Experience
20. Andrey Zeziulin: Providing Integrative Services to Stimulant Users in an Industrial Regressive Region: Ukrainian Experience
21. Sergey Polekhin (UA): The Drug Scene in Ukraine
22. Pavlo Smyrnov: The Emerging Use of Amphetamines in Ukraine
23. Thomas Kresina: Methamphetamine, Most-at-Risk Populations, and HIV Prevention
24. Valerie J. Pearce: High-risk Sexual Behavior and Avoidance-based Hepatitis A, B, and C Virus Infection Among Methamphetamine-Dependent Individuals in Outpatient Treatment
25. Amy Mifflin: Methamphetamine Blight - Social Investment by the Private Sector
26. Julie Brummer: Relationship Between Methamphetamine, Other Drugs, and Sexual Effects
27. Melissa Claire: Treating Anger and Aggression to Reduce Methamphetamine Use: Proposal of a New Direction for the Treatment of Methamphetamine Use
28. Thomas Freese: The Matrix Model for the Treatment of Methamphetamine Dependence
29. Darren Urada: Methamphetamine Use in California, USA: Voter-Approved Treatment Through the Criminal Justice System
30. Peter Lazovy: Social Marketing Campaign For People Who Inject Drugs
31. Robert Heimer: Multi-Method Approaches to Understanding the Association Between Meth Injection & HIV Risk in the Former Soviet Union
32. Alla V. Shaboltas : Drug Choice and HIV Risk Among Injection Drug Users in St. Petersburg, Russia
33. Edward White: Methamphetamine Use and Networks of Injection Drug Users in St. Petersburg, Russian Federation
34. Nena Messina: Childhood Adverse Events and Health Outcomes Among Methamphetamine-Dependent Men and Women
35. Perry Halkitis: Biopsychosocial Aspects of Methamphetamine Use among Gay and Bisexual Men
36. Sonny Leeper: Law Enforcement: Through The Barriers
37. Lt. Col. Marek Blazejovsky: Phenomenon of Illegal Production of Methamphetamine in the Czech Republic: A Law Enforcement Perspective
38. Robert Pennal: Methamphetamine: Clandestine Laboratory Update
39. Mishka Terplan: Towards a Dynamic Model of Methamphetamine Use During Pregnancy: Where Did the Current Surge in Drug Treatment Admissions Come From?

Описание типового проекта профилактики инфицирования ВИЧ среди потребителей стимуляторов инъекционным путем¹⁵



«НПО «Дорога к дому», г. Одесса». Фото Л. Тешаевой

Введение

Результаты исследования «Потребители инъекционных стимуляторов в Украине: следующая волна эпидемии?»¹⁶, проведенного международной группой ученых, свидетельствуют о том, что потребители инъекционных стимуляторов в Украине являются наиболее уязвимой группой для инфицирования и распространения ВИЧ. Для них характерно более рискованное поведение: совместное неоднократное использование инфицированного инструментария, постоянное употребление в компаниях, где набирают наркотик из общей емкости, частые незащищенные сексуальные контакты с партнерами-потребителями, а также другое опасное инъекционное и сексуальное поведение.

Популярность стимуляторов среди потребителей наркотиков постоянно растет из-за их меньшей стоимости и большей доступности условий для приготовления. Соответственно, основными потребителями стимуляторов становятся безработные и молодежь, которые остаются

группами высокого риска инфицирования ВИЧ в контексте своей уязвимости и закрытости.

Именно поэтому данный проект направлен на снижение темпов инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков-стимуляторов. Деятельность проекта базируется на принципах снижения вреда и направлена на изменение рискованного инъекционного и сексуального поведения потребителей стимуляторов на более безопасное. Данной цели можно достичь при условии привлечения и постоянного удержания клиентов в рамках деятельности и услуг, которые предоставляются проектом.

Цель проекта: снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции путем проведения комплекса мероприятий по уменьшению риска инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков-стимуляторов.

Целевая группа: потребители инъекционных наркотиков-стимуляторов (потребители инъекционных наркотиков, которые употребляют стимуляторы, как основной наркотик).

Что необходимо для начала проекта профилактической работы среди потребителей инъекционных наркотиков-стимуляторов?

Для того, чтобы начать профилактическую работу среди потребителей инъекционных наркотиков-стимуляторов,

¹⁵ Проект разработан Лучано Колонна, директором по международному развитию «Weave Consulting» и адаптирован программными сотрудниками МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» под руководством Павла Смирнова в рамках нового открытого конкурса для НПО.

¹⁶ Бус Р., Лехман В., Квятковски К., Брюстер Г., Синицына Л., Дворяк С. Потребители стимуляторов в Украине: следующая волна эпидемии? - Университет центра медицинских наук Колорадо, Денвер, США. - 2008.

организация, которая зарегистрирована в органах юстиции Украины, должна иметь следующие стартовые условия:

Контакт с целевой группой проекта. Клиентами проекта считаются лица, которые являются активными потребителями стимуляторов, или, — которые употребляют стимуляторы как основной наркотик. Можно привлекать в проект бывших или активных потребителей, которые имеют контакт с этой группой (имеют опыт работы в проектах профилактики ВИЧ-инфицирования среди ПИН) для работы соцработниками или волонтерами проекта.

Знание наркосцены местности, где планируется реализовывать проект, а также услуг, которые предоставляются этой целевой группе в данном регионе. Началу реализации проекта должна предшествовать оценка ситуации, с помощью которой устанавливаются ключевые потребности потребителей стимуляторов данной местности, определяется оптимальный график работы проекта, список ключевых специалистов, необходимых для его реализации.

Наличие офиса организации. Деятельность проекта проводится на базе офиса организации. Желательно, чтобы помещение было предоставлено организации на льготных условиях.

Наличие персонала для выполнения определенных обязанностей во время реализации проекта. Для реализации необходимо привлечь, по крайней мере, семь специалистов: руководителя проекта, социального работника, бухгалтера, документатора, врача для ДКТ, медсестру, врача-психотерапевта. Их обязанности приведены ниже.

Разработанная схема работы с потребителями стимуляторов, организации деятельности в рамках проекта и мониторинга ее эффективности. Организация должна владеть методами привлечения в проект новых клиентов, «удержания» клиентов в проекте и мониторинга деятельности в рамках проекта, а также подготовки социальных работников и повышения их квалификации, владеть методами профилактики эффекта сгорания социальных работников.

Благоприятная среда для начала работы проекта. Про начало проекта необходимо проинформировать местные правоохранительные органы и заручиться их поддержкой. Необходимо наладить сотрудничество с местными наркологической и СПИД-службами, центрами социальных служб для семьи, детей и молодежи.

Персонал проекта

Количественный и качественный состав персонала проекта зависит от объемов конкретной деятельности и потребностей проекта, которые были выявлены с помощью оценки ситуации. В данном проекте обязательным является наличие следующих ключевых специалистов:

Руководитель проекта. Руководитель проекта отвечает за общую координацию деятельности и результаты проекта. Он осуществляет ежедневное управление, руководит работой сотрудников и волонтеров проекта, решает кадровые вопросы и вопросы повышения квалификации персонала, проводит мониторинг всех аспектов деятельности в проекте, осуществляет менеджмент бюджета, представляет проект перед третьими лицами и в СМИ, координирует деятельность проекта с партнерскими НПО.

Старший социальный работник (только для проектов, которые охватывают более 500 ПИН; если нет

такой должности, эти обязанности исполняет руководитель проекта). Разрабатывает маршруты и графики работы ПОШ, осуществляет контроль за выполнением обязанностей социальными работниками, обеспечивает социальных работников раздаточными материалами (шприцами, презервативами, лубрикантами, дезинфицирующими средствами, медикаментами, информационными материалами и т.п.), несет материальную ответственность за раздаточные материалы и ведет учет количества розданных материалов на мобильных маршрутах и ПОШ, участвует в планировании работы проекта. Рекомендованный минимальный должностной оклад, учитывая 100% занятость в проекте, — 1400 грн.

Социальный работник устанавливает контакт с клиентами проекта, привлекает новых клиентов, предоставляет им инъекционное оборудование и обменивает шприцы, предоставляет клиентам информацию о более безопасном употреблении наркотиков, услугах для ПИН, ВИЧ-инфекции и т.п., мотивирует клиентов проходить тестирование на ВИЧ и ИППП, ведет дотестовое консультирование, собирает информацию о клиентах проекта, необходимую для отчетности, участвует в планировании работы проекта. Рекомендованный минимальный должностной оклад, учитывая 100% занятость в проекте, — 1210 грн.

Документатор. Осуществляет разработку материалов проекта, ведет базу данных клиентов проекта, используя базу данных «Сайрекс», готовит регулярные отчеты о работе с клиентами, участвует в планировании деятельности проекта. Рекомендованный минимальный должностной оклад, учитывая 100% занятость в проекте, — 1210 грн.

Бухгалтер осуществляет учет финансово-экономической деятельности проекта, ведет финансовые и банковские операции, составляет финансовые отчеты проекта, осуществляет финансовые расчеты по бюджету, фондам и работникам, участвует в планировании деятельности проекта.

Врач для ДКТ осуществляет первичное послетестовое консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа, направляет клиента с позитивным результатом быстрого теста для уточнения ВИЧ-статуса в СПИД-центр.

Медсестра для ИППП и ДКТ осуществляет забор крови, тестирует экспресс-тестом на ВИЧ-инфекцию, обеспечивает дезинфекцию использованных тестов и их утилизацию, ведет учет клиентов в журнале.

Врач-психотерапевт консультирует клиентов проекта и предоставляет им психологическую помощь.

Водитель мобильного ПОШ — аутрич-работник обеспечивает выезды автомобиля на аутрич-маршруты для проведения профилактической работы среди потребителей инъекционных наркотиков-стимуляторов.

Для выполнения дополнительной работы в проекте можно привлекать и других специалистов, в том числе юриста, психолога, врача-нарколога, инструктора по медитации или йоге, консультанта по организации досуга, специалиста по прикладному искусству (рукоделию), а также других специалистов (для предоставления профессиональных консультаций клиентам проекта).

Волонтеры проекта. Представителей потребителей стимуляторов можно привлекать в проект как волонтеров. Лучше, если это будут бывшие потребители наркотиков-стимуляторов. Волонтеры могут участвовать в распро-

странении презервативов, лубрикантов, информационных материалов, карточек-направлений на услуги, которые предоставляются в проекте, информировании об услугах проекта, направлении клиентов к сотрудникам проекта, а в случае соответствующей подготовки — в консультировании по принципу «равный — равному».

Услуги проекта

Клиенту проекта выдается карточка участника проекта, которая содержит уникальный номер этого клиента. Клиентом проекта можно считать потребителя инъекционных наркотиков-стимуляторов, который при помощи проекта не менее одного раза на протяжении года имел доступ к таким услугам: чистые шприцы, презервативы, лубриканты, консультирование о ВИЧ/СПИДе и более безопасном поведении, экземпляр информационного материала. Клиенты проекта имеют право постоянного доступа к перечню услуг проекта, в числе которых:

Обмен шприцов, выдача спиртовых салфеток, презервативов и лубрикантов (обязательно!!!). Обмен шприцов и выдача спиртовых салфеток, презервативов и лубрикантов может производиться на стационарных пунктах обмена шприцов (расположенных в отдельном помещении, например, офисе организации, аптеке и т.п.), на мобильных (на базе специально оборудованных автомобилей) пунктах обмена шприцов и через аутрич-работу (социальные работники обходят места общения ПИН, их квартиры, парки, посещают дискотеки, концерты и т.п.). Факты обмена шприцов и выдачи спиртовых салфеток, презервативов и лубрикантов фиксирует в раздаточной ведомости социальный работник, а дальше обрабатывает документатор проекта. В рамках проекта, кроме шприцов, салфеток, презервативов и лубрикантов, могут выдаваться и другие необходимые для ПИН медикаменты: лекарства (в частности, «Аспирин»),

успокоительные препараты (настойка пустырника, «Новопассит»), мази, бинты, витамины и т.п. Также рекомендует-ся выдавать клиентам лакмусовые бумажки для определения уровня кислотности наркотического препарата.

Консультирование о ВИЧ-инфекции и употреблении наркотиков. Каждый клиент проекта имеет право доступа к правдивой, объективной, актуальной и всесторонней информации о более безопасном употреблении наркотиков-стимуляторов, ВИЧ-инфицировании (пути передачи ВИЧ-инфекции, профилактика инфицирования, тестирование на ВИЧ-инфекцию, лечение АРВ-препаратами), услугам для потребителей инъекционных наркотиков-стимуляторов (которые предоставляет данный или другие проекты и организации, расположенные в данной местности), профилактике и лечению заболеваний, связанных с употреблением наркотиков. Информацию предоставляют социальные работники проекта во время аутрич-работы, на пунктах обмена шприцов, посещения офиса клиентами и телефонного общения с клиентами. Более детальную информацию по специфическим вопросам могут предоставлять привлеченные в проект специалисты.

ДКТ с помощью экспресс-тестов. Работники, которые обеспечивают ДКТ с использованием быстрых тестов на наличие антител к ВИЧ, должны придерживаться следующих требований:

1. Порядок организации добровольного консультирования и скрининговое тестирование представителей уязвимых групп должен соответствовать общим требованиям Протокола, утвержденного приказом МОЗ №415 от 19.08.2005 г. «Об усовершенствовании добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию» (электронную версию документа можно найти на веб-сайте: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1@nreg=z1404%2D05>).



Фото Л. Тешаевой

2. На базе проекта, в соответствии с установленным графиком, который известен ПИН, должно быть проведено мотивирование на прохождение ДКТ, дотестовое консультирование, скрининговое тестирование с помощью экспресс-тестов на наличие антител к ВИЧ-инфекции, послетестовое консультирование и направление клиента проекта (в случае позитивного результата быстрого теста) в СПИД-центр или другое лечебное учреждение для уточнения ВИЧ-статуса.

В проект для предоставления до- и послетестового консультирования, а также **первичного анонимного** тестирования на наличие антител к ВИЧ при помощи быстрых тестов (**без установления диагноза**) привлекают врача и медицинскую сестру (или лаборанта) СПИД-службы (центров СПИД, КИЗ или кабинетов доверия). Можно привлечь также и врача другого лечебного учреждения, который прошел тренинг по ДКТ, согласно с утвержденной «Протоколом добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию» программой, и иметь соответствующий сертификат.

Оценку результата быстрого теста («позитивный», «негативный», «недействительный») и первичное послетестовое консультирование проводит **только врач-консультант по ДКТ**.

Одним из важных заданий проекта является мотивирование клиентов с позитивным результатом быстрого теста обращаться в региональные службы СПИДа или предоставление социального сопровождения для уточнения ВИЧ-статуса и, если нужно, получение необходимой помощи. Информацию о проведении консультирования и тестирования вносят в Журнал регистрации добровольного до- и послетестового консультирования в связи с тестированием на ВИЧ-инфекцию (форма первичной учетной документации №503/о). Проект должен предусматривать дезинфекцию и утилизацию использованных материалов, согласно с действующими нормативными документами, утвержденными МОЗ Украины (закупаются дезинфектанты, емкости для отработанного материала и проведения дезинфекции, халаты, латексные перчатки и т.п.).

Для мотивации клиентов к участию в ДКТ можно предусмотреть закупку следующих товаров (пакетики чая, кофе, печенье и т.п.) из расчета 2 грн. на один тест. Для повышения мотивации клиентов с **позитивным результатом быстрого теста к обращению в региональные службы СПИДа** необходимо предусмотреть в бюджете закупку следующих товаров (сгущенное молоко, шоколад, кофе и т.п.) из расчета 10 грн. за 1 обращение клиента с позитивным результатом быстрого теста в центр СПИДа. Основой для выдачи мотивационного набора на сумму до 10 грн. является предоставление клиентом направления на обследование, на котором врач центра СПИДа или кабинета Доверия ставит отметку «кровь на ИФА взята», дату и подпись с печатью врача. Пример направления и более детальные рекомендации можно найти в «Инструкции для работников проекта добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию представителей уязвимых групп с использованием быстрых тестов».

Рабочие места предоставления услуг ДКТ укомплектовываются «Инструкцией по профилактике внутрибольничного и профессионального заражения ВИЧ-инфекцией» и «Аптечкой для предоставления срочной медицинской помощи медицинским работникам и техническому персо-

налу лечебно-профилактических учреждений» (согласно Приказу МОЗ Украины №120 от 25.05.2000 г. «Об усовершенствовании организации медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией/СПИД»). **Неправительственные организации должны обязательно заключить договор с региональным центром СПИДа (а если такого нет — с другим уполномоченным учреждением) о совместной реализации проекта предоставления услуг ДКТ с использованием быстрых тестов и согласовать порядок учета клиентов с позитивным результатом быстрого теста, которые обратились в центр СПИДа (кабинет Доверия) для уточнения своего статуса.**

В течение года проект должен предоставить услуги ДКТ на ВИЧ-инфекцию с использованием быстрых тестов в условиях аутрич-работы, мобильной амбулатории, мобильного, стационарного пункта или комьюнити-центра для 80% ПИН проекта, охваченных услугами в течение проектного года.

Диагностика и лечение ИППП. **Неправительственная организация должна обязательно подписать договор с региональным кожно-венерологическим диспансером (а если такого нет — с другим уполномоченным учреждением, в котором работает врач-дерматовенеролог) о совместной реализации проекта предоставления для ПИН услуг диагностики и лечения ИППП** (сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомониаз, гарднерелез, мочеполовой уреамикоплазмоз, генитальный герпес, генитальный кандидоз, чесотка и т.п.). Согласно договору с лечебным учреждением назначается дерматовенеролог — консультант проекта, ответственный за предоставление услуг диагностики и лечения ИППП.

Руководитель проекта НПО и врач-дерматовенеролог организуют процесс скринингового выявления сифилиса с использованием экспресс-тестов на сифилис в условиях аутрич, мобильной амбулатории, мобильного, стационарного пунктов или комьюнити-центра (более детальную информацию см. в «Инструкции по улучшению доступа представителей уязвимых групп к диагностике ИППП, консультированию и скрининговому обследованию на сифилис с использованием быстрых тестов»).

При позитивном результате быстрого теста на сифилис, при согласии клиента, предоставляется социальное сопровождение или обязательно выдается направление в дерматовенерологический диспансер или **другое уполномоченное учреждение** для заключительного уточнения диагноза и, при необходимости, лечение.

В течение года проект должен предоставить услуги по диагностике сифилиса экспресс-тестами в условиях комьюнити-центра, мобильного, стационарного пункта или аутрич для 90% ПИН проекта, охваченных услугами на протяжении проектного года.

Альянс-Украина будет бесплатно и централизованно предоставлять в партнерские лечебные учреждения медикаменты для лечения выявленных ИППП среди клиентов проекта¹⁷.

¹⁷ Валацикловир, таб. 500 мг № 42; Азитромицин, таб. 500 мг № 3; Бензатин Бензилпенициллин G, порошок д/п р-ра д/ин., 2.4 млн.МО, фл., №1; Бензил Бензоат 20%, эмульсия д/внеш. прим., фл., №1; Цефотаксим, порошок д/п р-ра для инъекций 1г, фл., №1; Цефтриаксон, порошок д/п р-ра для инъекций 1 г, фл., №1; Клотримазол вагинальные табл. 100 мг, № 6; Флуконазол, капс. 100 мг, № 28; Метронидазол, капс. 500 мг, № 30; Тинидазол, таб. 500 мг, №4; Офлоксацин, таб. 400 мг, № 10; Метронидазол, вагин. таб. 100 мг, № 10.



Фото Л. Тешаевой

Переадресация. Для удовлетворения индивидуальных потребностей клиентов, социальные работники проекта направляют их к другим специалистам или в другие организации, если в проекте не предусмотрены такие услуги. В случае необходимости социальные работники проекта договариваются со специалистами и организациями, которые предоставляют медицинские и другие услуги, про прием клиентов, сопровождают их к специалистам, в учреждения, организации и т.п.

Информационные тренинги. Обязательным является проведение коротких информационных тренингов для потребителей стимуляторов, их друзей, партнеров и тех, кто с ними проживает. Тематическое наполнение тренингов может включать влияние токсических веществ, используемых для приготовления стимуляторов, на состояние здоровья, особенности употребления стимуляторов и их влияние на здоровье, признаки передозировок от стимуляторов и первая помощь при передозировках. Тренинги могут проводить социальные работники или консультанты из числа потребителей инъекционных стимуляторов, прошедшие специальную подготовку.

Распространение и изготовление информационных материалов. Проекты могут разрабатывать материалы, которые информируют потребителей стимуляторов о работе проекта. Необходимо установить контакты, заказывать и распространять бесплатные информационные материалы для ПИН. Проекты должны исследовать информационные потребности сообщества ПИН и подавать заявки на отдельные конкурсы для разработки специфических информационных материалов.

Группы самопомощи. Группы самопомощи можно регулярно проводить на базе проекта (не менее 1 раза в неделю). На собрании этих групп обсуждаются вопросы повседневной жизни потребителей-стимуляторов, снижение риска

от употребления стимуляторов, доступ к лечению, профилактика передозировок, стратегии аутрич-работы и т.п. Вести эти группы может представитель группы потребителей инъекционных стимуляторов (волонтер проекта), который освоил навыки ведения групп самопомощи и имеет опыт их проведения в присутствии ответственного сотрудника проекта. На базе проекта могут функционировать группы самопомощи для разных групп: женщин-потребителей стимуляторов, друзей, представителей близкого окружения ПИН-стимуляторщиков и т.п. На встречи группы можно приглашать отдельных специалистов для предоставления профессиональных консультаций по разным вопросам, интересующим ПИН-стимуляторщиков, если в этом есть необходимость.

Групповые интервенции. Программа групповых интервенций предполагает проведение групповых занятий, во время которых встречаются ПИН и сотрудники проекта и совместно работают над уменьшением негативных последствий употребления стимуляторов. Сотрудники помогают клиентам разработать план изменений индивидуального поведения и постоянно следят за его выполнением.

Целью групповых занятий является построение сотрудничества для уменьшения вреда среди потребителей стимуляторов, а также распространение информации о здоровом образе жизни в среде стимуляторщиков. Потребители принимают участие в группах для того, чтобы поправить свое здоровье, здоровье своих друзей и сексуальных партнеров. К членам группы необходимо относиться как к партнерам, которые работают вместе с персоналом проекта и со своей стороны стремятся улучшить жизнь ПИН. Они должны участвовать в выработке направлений и стратегии профилактической программы, а также контролировать выполнение программы.

Основными задачами групповых интервенций являются обучение (просветительская работа), привлечение в группы, создание базы для поведенческих изменений, а также налаживание сотрудничества с потребителями стимуляторов.

Рекомендуется формат групповых занятий длительностью 90 минут на протяжении 12 недель. Максимальное количество участников не должно превышать 10 человек; в противном случае трудно будет координировать работу. Занятия группы координируют 2 сотрудника проекта, которые придерживаются принципов концепции уменьшения вреда среди ПИН и умеют толерантно обсуждать деликатные вопросы. Первая задача фасилитатора группы — помочь клиентам вернуться к здоровому образу жизни и уменьшить вред от употребления инъекционных стимуляторов, а также постараться изменить формы опасного поведения. Фасилитатор группы должен стать членом команды ПИН, который поддерживает клиентов в изменении поведения (мотивационное консультирование), а также направляет в нужное русло, если клиенты отклоняются от установленного направления.

Обязанности по работе в группе делят между собой 2 сотрудника проекта. Один из них несет ответственность за презентацию материала (вербальную и невербальную). Другой сотрудник занимается практическими аспектами занятий — приглашение участников, контроль посещения, контроль восприятия информации во время занятий, пояснение полученной информации, мотивацию группы, поддержание дискуссий и помощь во время демонстрации практических навыков.

Рекомендуется формировать группу по принципу однородности, например, группа для молодых ПИН-стимуляторщиков, для ЖКС, которые употребляют стимуляторы, людей, живущих с ВИЧ, МСМ и т.п. Группы могут быть смешанными (мужчины и женщины), но не рекомендуется записывать в одну группу людей, которые находятся в интимных отношениях.

Принципы участия и посещения групповых занятий должны быть четкими и понятными каждому участнику. Еженедельным групповым занятиям следует придать стандартную форму, что предполагает регистрацию, присутствие участников и обсуждение последних новостей,

Пример группового занятия (1 час 30 минут)

1. Начало группового занятия (5 минут)

Приветствие участников, фасилитаторы знакомят участников с планом работы.

2. Регистрация и рассмотрение изменений, которые произошли у участников (10 минут)

Участники регистрируются. В это же время они по очереди информируют всех присутствующих и фасилитаторов об изменениях в ситуации или наркосцене (например, появление «плохих» наркотиков, случаи передозировки от наркотиков, рейды милиции, появление новых видов наркотиков и т.п.).

3. Вступление и анализ проблемы/упражнения/работа над проектом (5 минут)

«Старые» и «новые» участники обсуждают определенную тему в группе. Например, если группа занимается разработкой образовательных материалов для распространения (журнал, брошюра и т.п.), логичнее всего обсудить прогресс в работе, распределение обязанностей, темы и материалы в номер и т.п.

4. «Погружение в проблему», дискуссия. Первая часть (30 минут)

Примеры:

Групповые дискуссии / Групповые упражнения / Игры / Индивидуальные упражнения / Встреча с гостем / Ролевые игры / Демонстрация навыков / Видеопросмотр и обсуждение / Работа над проектом и т.п.

5. Перерыв (10 минут)

6. Образовательный компонент (25 минут)

Небольшая презентация фасилитатора, дискуссия, формирование навыков или использование других образовательных компонентов, направленных на информирование и изменение поведения стимуляторщиков.

7. Окончание группового занятия (5 минут)

Обсуждение темы следующего группового занятия. Прощание.

дискуссию по выбранной теме и развитие практических навыков. Необходимо делать регулярные перерывы в работе группы.

Групповые занятия можно проводить в формате лекций, обсуждений, групповых упражнений/игр, индивидуальных упражнений, ролевых игр, демонстраций умений и навыков, показа видеофильма, встреч с гостями-экспертами, разработки информационных материалов, проектов и т.п.

Темами таких занятий могут быть: стерилизация и утилизация шприцов, пути инфицирования ВИЧ, гепатитами, ИППП, туберкулезом, профилактика ВИЧ, гепатитов, ИППП, туберкулеза, безопасное употребление наркотиков, безопасное сексуальное поведение и его обсуждение с сексуальным партнером, наркотическая зависимость и пути ее преодоления, передозировки и первая помощь при передозировках, диагностика и лечение ВИЧ, гепатитов, ИППП, туберкулеза, заместительная поддерживающая терапия, АРВ-терапия и т.п.

Группа также может быть сосредоточена на каком-то проекте, например, изготовлении журналов, занятиях в кружке фотосъемки и др.

Основное задание таких групповых занятий — это удержание интереса стимуляторщиков к участию в программе профилактики, а **дополнительное** — информирование и изменение рискованного поведения.

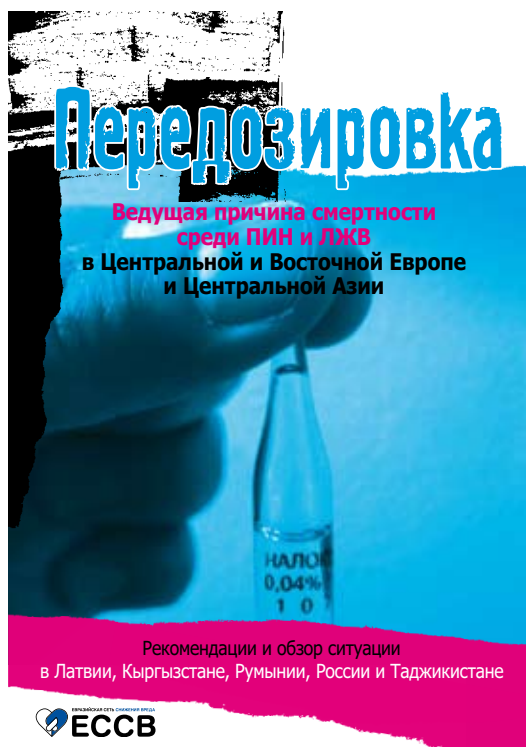
Для того, чтобы поощрять стимуляторщиков к участию в групповых занятиях, можно предложить им еду, конфе-

ты, жевательную резинку без сахара, призы, медикаменты, бесплатные услуги парикмахера или другие услуги, которые предоставляет проект.

Консультирование специалистами (психотерапевт, юрист, психолог, медицинские специалисты узкого профиля). К работе проекта можно привлекать специалистов узкого профиля для предоставления специфической консультативной помощи клиентам проекта. Следует разработать график работы этих специалистов, на консультации которых существует повышенный спрос среди клиентов проекта.

Организация досуга. Для клиентов проекта необходимо организовывать свободное время. В программу досуга должны входить такие виды деятельности, которые могли бы заинтересовать ПИН-стимуляторщиков, привлекать их в проект и «удерживать» в нем как можно дольше. Так, клиенты могут заниматься прикладным искусством, рукоделием, изготовлением художественных и технических работ, фотосъемкой, разработкой дизайна журнала, информационных материалов для ПИН-стимуляторщиков. В программу досуга можно включать просмотр и обсуждение коротких профилактических видеофильмов.

Привлечение к участию в проекте. С целью привлечения потребителей стимуляторов к участию в проекте целесообразно раздавать конфеты, жевательную резинку без сахара, маленькие бутылочки с водой, брелки с профилактическими сообщениями/лозунгами и т.п.



На сайте http://www.harm-reduction.org/od/OD_EHRN_Report_rus.pdf можно ознакомиться с черновой версией отчета «Передозировка — ведущая причина смертности среди ПИН и ЛЖВ в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии. Рекомендации и обзор ситуации в Латвии, Кыргызстане, Румынии, России и Таджикистане». Отчет подготовлен Европейской сетью снижения вреда.