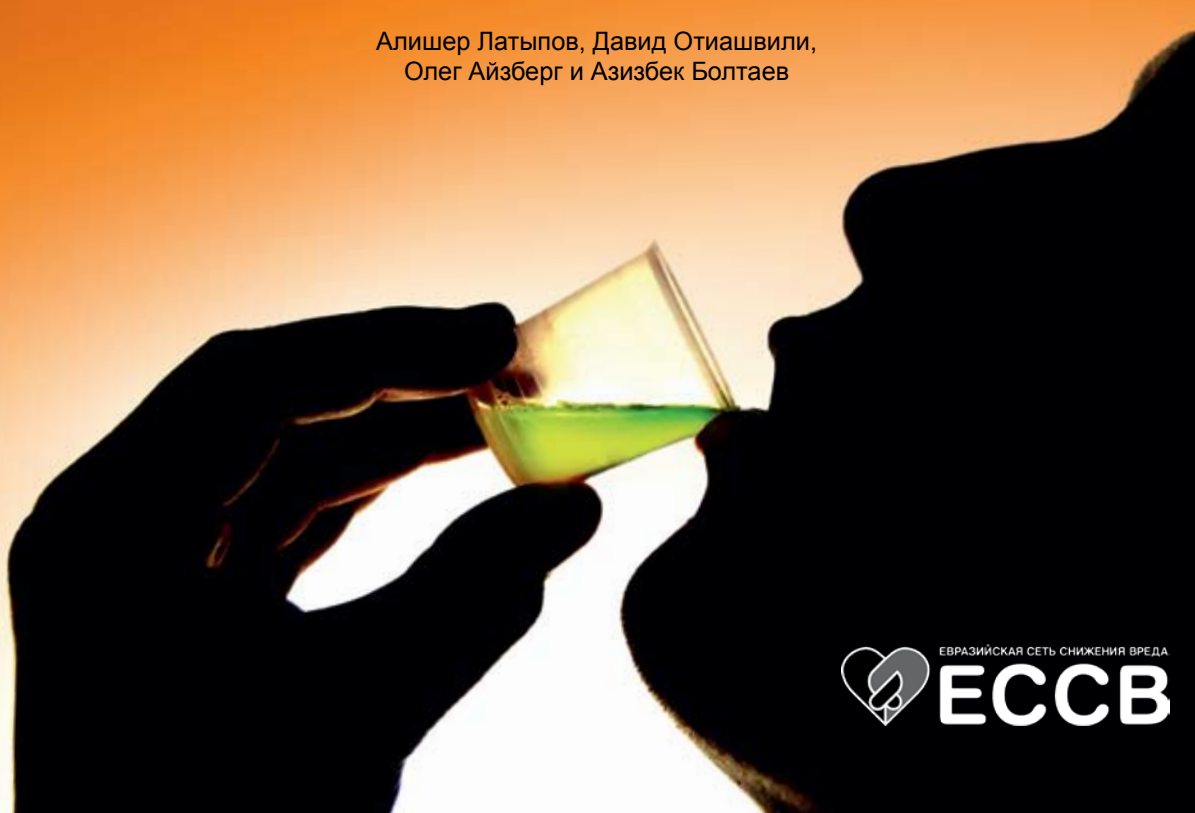


Опиоидная заместительная терапия

в Центральной Азии:

на пути к многообразному и эффективному лечению наркозависимости

Алишер Латыпов, Давид Отиашвили,
Олег Айзберг и Азизбек Болтаев



ЕВРАЗИЙСКАЯ СЕТЬ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

ЕССВ

Опиоидная заместительная терапия в Центральной Азии: на пути к многообразному и эффективному лечению наркозависимости

Алишер Латыпов, Давид Отиашвили,
Олег Айзберг и Азизбек Болтаев



Выражение признательности

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) – неправительственная организация, миссия которой заключается в продвижении гуманных, научно обоснованных подходов снижения вреда от употребления наркотиков с целью сохранения и поддержания здоровья и обеспечения защиты прав человека на уровне индивидуума, сообщества и населения в целом.

Более подробная информация на сайте: www.harm-reduction.org.

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) ©, 2010.

Рекомендуемый формат цитирования:

ЕССВ (2010). Опиоидная заместительная терапия в Центральной Азии: на пути к многообразному и эффективному лечению наркозависимости. Авторы: Латыпов А., Отиашвили Д., Айзберг О., Болтаев А. ЕССВ: Вильнюс.

Текст отчета на русском и на английском языках доступен на сайте: www.harm-reduction.org.

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) благодарит Европейское отделение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ / Европа) за финансовую поддержку данной публикации, осуществленную в рамках проекта по адвокации опиоидной заместительной терапии в Центральной Азии. ЕССВ и авторы публикации выражают глубокую признательность всем участникам консультативной встречи по адвокации опиоидной заместительной терапии в Центральной Азии (Бишкек 9–10 февраля, 2010 г.) за полезную дискуссию и ценные предложения, которые помогли оценить ситуации в регионе и сформулировать соответствующие выводы.

Мнения и точки зрения, представленные в обзоре, могут не совпадать с мнениями и точками зрения ВОЗ /Европа или ЕССВ.

Определенная часть информации была собрана в рамках деятельности авторов публикации в качестве консультантов проекта «USAID | HPI TO 1 MAT E&E». Финансовые средства проекта «USAID | HPI TO 1 MAT E&E» не были использованы для проведения настоящего исследования.

Рецензенты: Мэтт Куртис, независимый эксперт; Мартин Донохью, ВОЗ/Европа; Владимир Д. Менделевич, проф. доктор медицинских наук; Шона Шоннинг, ЕССВ; Раминта Штуйките, ЕССВ.

Редактирование: Нази Арутюнян.

Дизайн и верстка: Дональдас Андзюлис, Ex Arte.

Содержание

Выражение признательности.....	2
Список сокращений.....	4
Резюме.....	5
Введение.....	14
Методы и процедуры по сбору и анализу данных.....	16
Политическая, правовая и программная среда вокруг опиоидной заместительной терапии в четырех странах Центральной Азии.....	18
Казахстан.....	18
Кыргызстан.....	26
Таджикистан.....	32
Узбекистан.....	39
Заключение.....	45
Список литературы.....	48

Список сокращений

АКН – Агентство по контролю за наркотиками / Агентство по контролю наркотиков

АРТ – Антиретровирусная терапия

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГФ, Глобальный фонд – Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

ЕССВ – Евразийская сеть снижения вреда

КР – Кыргызская Республика

МЗ – Министерство здравоохранения

НПО – Неправительственная организация

ОЗТ – Опиоидная заместительная терапия

ПИН – Потребитель инъекционных наркотиков

ПРООН – Программа развития Организации Объединенных Наций

РТ – Республика Таджикистан

РУз – Республика Узбекистан

РЦН – Республиканский центр наркологии

СИЗО – Следственный изолятор

СМИ – Средства массовой информации

СПИД – Синдром приобретенного иммунодефицита

УНП ООН – Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности

ЮНЕЙДС – Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

Резюме

Описание ситуации

В настоящее время в мире насчитывается около 15,9 млн людей, употребляющих инъекционные наркотики, из которых 3 млн являются ВИЧ-положительными. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) уязвимы не только перед ВИЧ-инфекцией, но и перед такими заболеваниями, как вирусный гепатит, туберкулез, инфекции, передающиеся половым путем, и другими бактериальными заболеваниями. Более того, им угрожает смерть от передозировки. При этом в большинстве стран по-прежнему остаются низкими охват и качество доступных для представителей этой уязвимой группы услуг. В странах Центральной Азии основным путем передачи ВИЧ-инфекции является использование нестерильных инструментов при употреблении инъекционных наркотиков (преимущественно опиатов) (ECDC/WHO, 2009). Значительная доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией через гетеросексуальные контакты также ассоциируется с употреблением инъекционных наркотиков, – нередко случаи заражения женщин, не употребляющих наркотики, от их партнеров-ПИН.

Для предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции и предоставления лечения людям, живущим с ВИЧ, необходимо существенно расширить лечебно-профилактические программы, нацеленные на потребителей инъекционных наркотиков. Наиболее эффективным методом лечения опиоидной зависимости признана опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) в комбинации с программами психосоциальной поддержки. Данный метод является важнейшим компонентом комплекса мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ инфекции среди ПИН и формирование в этой группе приверженности к антиретровирусной терапии (ВОЗ, 2009). ОЗТ входит в комплексный пакет услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди ПИН, одобренный ООН и состоящий из девяти интервенций. Экономический и социальный совет ООН (ECOSOC) и Программный координационный комитет ЮНЭЙДС демонстрируют единую позицию в отношении компонентов комплексного пакета услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков. Эта позиция отражена в «Техническом руководстве для стран по разработке целей» 2009 года, подготовленном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), УНП ООН (UNODC) и ЮНЭЙДС (UN-

AIDS). В 2006 году на Встрече на высшем уровне по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИДом, было принято обязательство по обеспечению универсального доступа к программам профилактики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции, определенное ЮНЭЙДС и ВОЗ как основная задача.

Правительства Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана, несмотря на противодействие со стороны внутренней и внешней оппозиции, приняли похвальное решение о внедрении программ опиоидной заместительной терапии в своих странах. Кыргызстан давно зарекомендовал себя как страна, лидирующая в поддержке программ снижения вреда, обеспечив для ПИН один из самых высоких в Центральной Азии уровень доступа к необходимым услугам (Cook C. & Kanaef N., 2008). Кыргызстан также является одной из первых стран региона Восточной Европы и Центральной Азии, одобрившей проведение программ ОЗТ.

Процесс предоставления адекватного доступа к услугам в Центральной Азии сопряжен с преодолением значительных препятствий. В Узбекистане пилотная программа заместительной терапии была закрыта в 2009 году, и в настоящее время правительство страны не намерено ее возобновлять. В Туркменистане ОЗТ никогда не предоставлялась. Ни в одной из стран, где имеется доступ к ОЗТ (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан), не удалось достичь хотя бы 5%-го охвата оценочной популяции ПИН (Mathers V., et al, 2008), в то время как в «Техническом руководстве для стран по разработке целей» (ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС. 2009) любой уровень охвата ниже 20% считается «низким» («высоким» считается уровень охвата, превышающий 40% целевой группы). В Кыргызстане доступ к ОЗТ имеют порядка 3% ПИН, в Казахстане и Таджикистане – менее 1%. В Кыргызстане – стране, добившейся наиболее высокого охвата пациентов, – только 948 пациентов получают ОЗТ (хотя в стране насчитывается порядка 25 000 ПИН). В Казахстане заместительная терапия назначена 50 ПИН. В Таджикистане в первом квартале 2010 года начнет работать пилотная программа, в планах которой предусмотрен охват до 700 пациентов к 2014 году (Latypov A., 2010). В Узбекистане до закрытия программы в июне 2009 года заместительную терапию получали 142 пациента (Керими Н., 2009).

В настоящем исследовании представлен анализ текущих законодательной, политической и программной ситуаций в регионе и связанных с ними противоречий и препятствий в отношении доступа к ОЗТ. Цель данного анализа – предоставить специалистам государственных, общественных и международных организаций рекомендации по преодолению этих препятствий и расширению доступа к ОЗТ. В рамках исследования был сделан обзор существующей литературы и проведены интервью с региональными специалистами. При поддержке Европейского бюро ВОЗ в феврале 2010 года в Бишкеке (Кыргызстан) были организованы консультации с представителями гражданского общества, государственных структур и международных организаций. В отчете использованы данные национальных экспертов Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ) и организации «Futures Group International», собранные в четырех странах с июня по октябрь 2009 года в рамках Инициативы USAID по развитию политики здравоохранения (проект «Поддерживающая терапия в Восточной Европе и Евразии» – USAID Health Policy Initiative, Task Order 1, Medication-Assisted Therapy Eastern Europe & Eurasia Project).

Выводы и рекомендации

Ситуация с программами ОЗТ в каждой из четырех стран Центральной Азии имеет свою специфику, поэтому в полной версии отчета рекомендации представлены отдельно по каждой стране. В то же время по ряду позиций эти ситуации похожи, и в кратком обзоре мы знакомим читателя с общими для стран Центральной Азии рекомендациями и выводами.

1. Необходимо продолжать работу по укреплению законодательной базы для программ ОЗТ. Во всех изученных странах документы, решения и законодательные акты по заместительной терапии порой принимаются в соответствии с сиюминутной необходимостью, а не в рамках долгосрочного стратегического планирования и продуманной реформы. Положения правовых документов различного уровня часто отличаются непоследовательностью и откровенно противоречат друг другу. В Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане заместительная терапия была утверждена соответствующими актами государственных министерств и ведомств. Но ни в одной из стран на законодательном уровне до сих пор не существует специальных положений, которые бы определяли основополагающие принципы программ ОЗТ и гарантировали бы предоставление ОЗТ государством. Это не может не вызывать определенных сомнений в твердости намерений правительств Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана, связанных с реализацией программ ОЗТ на долгосрочной основе. К концу 2009 года из всех стран только в Кыргызстане метадон и бупренорфин были включены в «Перечень жизненно необходимых лекарственных средств», хотя оба препарата с 2005 года включены в аналогичный перечень, рекомендуемый ВОЗ.

Рекомендация: в законодательство должны быть внесены положения о заместительной терапии; метадон и бупренорфин должны быть включены в национальные списки основных лекарственных средств.

2. Система учета и регистрации пациентов должна предусматривать меры по защите их прав. Существующая система наркологического учета людей с опиоидной зависимостью и связанные с ней нарушения прав человека являются одним из главных факторов, удерживающих от участия в программе ОЗТ многих потенциальных клиентов, не состоящих на учете. Законы Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана, с одной стороны, предусматривают неразглашение медицинской информации, с другой – дают возможность найти «квази-легальные» пути для передачи медицинской информации в милицию и/или другие бюрократические структуры, например, в органы, выдающие водительские права (о подобных проблемах в России, Грузии и на Украине см.: Shields A., 2009).

Рекомендация: чтобы гарантировать сохранение медицинской тайны в отношении людей, употребляющих наркотики, необходимо внести соответствующие поправки в законы и постановления и следить за их выполнением, применяя санкции административного наказания за нарушение конфиденциальности и активно вовлекая в данный процесс омбудсменов и правозащитников. Следует также провести реформу системы регистрации наркозависимых людей, учитывая передовой опыт стран постсоветского пространства или других стран, имеющих национальные системы по управлению базами данных с высоким уровнем защиты информации.

3. Критерии принятия в программу ОЗТ 3. должны быть пересмотрены в соответствии с рекомендациями ВОЗ. В Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане одним из критериев принятия в программу заместительной терапии является наличие в прошлом клиента безуспешных попыток лечения, направленного на абстиненцию. Для достижения этой цели государственные наркологические учреждения часто используют подходы, не имеющие научного обоснования, в связи с чем значительная часть ПИН стремится получить помощь в различного рода неправительственных организациях, реабилитационных программах религиозного характера, у традиционных народных целителей и других провайдеров услуг, а также в группах взаимной поддержки. Однако регуляторные документы вышеуказанных стран при приеме в программы ОЗТ, как правило, не признают подобные услуги в качестве попыток лечения, и все ПИН, не обращавшиеся в государственные наркологические учреждения, обречены на отказ. Вместе с тем следует отметить, что данные ограничения на принятие в программы ОЗТ подрывают их эффективность в предупреждении распространения ВИЧ-инфекции и препятствуют реализации прав человека на максимально достижимый уровень.

Рекомендация: критерии приема пациентов в программу ОЗТ должны быть пересмотрены с учетом рекомендаций ВОЗ о предоставлении поддерживающего лечения агонистами всем пациентам, которые страдают опиоидной зависимостью и могут дать информированное согласие, при отсутствии особых противопоказаний (ВОЗ, 2009). В «Техническом руководстве для стран по разработке целей», разработанном ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС, четко определено, что программы и службы должны быть справедливо доступны для всех и не иметь дискриминационного характера. Программы не должны применять критериев, исключающих пациентов по иным показателям, кроме медицинских, то есть ОЗТ не должна ограничиваться принятием лишь тех ПИН, которые являются ВИЧ-положительными или которым не помогли другие виды наркологического лечения.

4. Местоположение и рабочие часы программ должны определяться с учетом потребностей клиентов. В Узбекистане в качестве препятствий к доступу отмечались: территориальная удаленность наркологического диспансера, в котором проводилась единственная в стране программа ОЗТ (Айзберг О., 2008), от места жительства клиентов программы; большая концентрация клиентов в единственном пункте предоставления ОЗТ; необходимость подниматься по лестнице на 6-й этаж (так как здание не оснащено лифтом). Кроме того, график работы программы не всегда можно было совместить с рабочими графиками клиентов. Как отметили участники саммита в Ялте, проведенного в 2008 году, доступ пациентов к программе заместительного лечения ограничивали «географическая удаленность наркологических центров и запрет на вынос дозы с целью употребления на дому» (Международное общество по борьбе со СПИДом (IAS), 2008).

Рекомендация: часы работы программ и их географическое расположение следует определять с учетом потребностей клиентов. Клиенты программы ОЗТ и других программ лечения наркозависимости не должны по причине их посещения лишаться своих рабочих мест – у них должна быть возможность быстро, без существенных затрат на дорогу и притеснений со стороны сотрудников правоохранительных органов добраться до лечебных центров. Программам ОЗТ необходимо разработать протоколы выдачи препаратов для приема на дому. Это поможет клиентам избежать необходимости ежедневных посещений, требующих затрат времени и денег и обычно никак не обоснованных с медицинской точки зрения. В «Техническом руководстве» ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС также указано, что программы и услуги должны быть «физически доступны».

5. Возможность получения лицензии 5. на проведение ОЗТ должна быть предоставлена широкому спектру провайдеров услуг. Ни в одной стране Центральной Азии опиоидная заместительная терапия не осуществляется врачами первичной медицинской помощи, хотя во многих других странах эта практика не только распространена, но и признана успешной. Программы ОЗТ также нигде не предоставляются на базе лечебно-профилактических центров по ВИЧ-инфекции, будь то государственные или неправительственные. Только в Кыргызстане программы ОЗТ внедрены в центры семейной медицины и в учреждения уголовно-исполнительной системы, и там они осуществляются исключительно врачами-наркологами. В Казахстане и Таджикистане (в соответствии с распоряжениями министерств здравоохранения), а также в Узбекистане (до закрытия программы 25 июня 2009 года) предоставление ОЗТ составляет прерогативу специализированных государственных наркологических заведений. Это затрудняет доступ пациентов к ОЗТ, ограничивает потенциал применения разных моделей лечения для реагирования на те или иные потребности клиентов и препятствует реализации инновационных методов. В ряде стран, в частности в России, специалисты государствен-

ных наркологических учреждений противодействуют внедрению научно обоснованных программ и возглавляют оппозицию, настроенную однозначно против ОЗТ (см. например, Краснов В., Иванец Н. и др., 2006).

Рекомендация: необходимо принять специальные положения, позволяющие выдавать лицензии на право предоставления ОЗТ учреждениям первичного здравоохранения, СПИД-сервисным и неправительственным организациям, а также медицинским службам пенитенциарной системы.

6. Значимое участие пациентов может улучшить качество программ. За редким исключением, мнение пациентов и их близкого окружения практически не учитывается при планировании и осуществлении мероприятий, направленных на усовершенствование качества программ ОЗТ. Даже если пациенты и приглашаются к участию в рабочих группах, реального влияния на процесс принятия решений они обычно не оказывают.

Рекомендация: для усовершенствования услуг необходимо регулярно получать обратную связь со стороны пациентов и их близкого окружения. Необходимо поддерживать проведение программ, направленных на повышение уровня информированности и знаний в области лечения наркозависимости среди пациентов, членов их семей, а также сообщества потребителей наркотиков. Поддержка также необходима для консультативных комитетов и ассоциаций, созданных на базе сообщества пациентов.

7. Важно проводить оценку и предоставлять техническую поддержку программам ОЗТ на стадии их пилотирования и дальнейшей реализации. В отличие от других программ лечения наркозависимости, программы ОЗТ неизменно привлекают внимание политиков, общественности и специалистов, так или иначе связанных с проблемой наркотиков и ВИЧ-инфекции, включая представителей правоохранительных органов. Чтобы преодолеть политическую оппозицию, крайне важно надлежащим образом документировать информацию, свидетельствующую об эффективности программ ОЗТ, и предоставлять этим программам соответствующую техническую поддержку для обеспечения высокого качества услуг. Несмотря на то что широко распространенное применение принудительного лечения как «метода лечения наркомании» считается само собой разумеющимся, эффективность лечения, согласно отчетам центральноазиатских наркологических учреждений определяемая как воздержание от приема наркотиков в течение не менее одного года после прохождения лечения, в настоящее время не превышает 12%. Формальная оценка эффективности лечения наркозависимости в местах лишения свободы вообще не проводилась (Керими Н., 2009).

В то же время опросы пациентов, проведенные в 2004 году в Душанбе в рамках одного из исследований, показали, что промежуток времени между завершением лечения и рецидивом составлял в среднем 51 день (Stachowiak J., Stibich M., et al., 2006).

Рекомендация: крайне необходимо проводить независимые, научно обоснованные оценки программ ОЗТ (см., к примеру: Moller L., et al., 2009). Проекты по предоставлению ОЗТ не должны внедряться без соответствующих протоколов по сбору базовых и последующих сведений о биопсихосоциальных и поведенческих характеристиках пациентов (согласно рекомендациям ВОЗ). Программам ОЗТ следует предоставлять компетентную техническую поддержку для проведения регулярной оценки и анализа работы, а также для публикации и распространения полученных результатов. В то же время внедрение программ ОЗТ не следует рассматривать как панацею: во всех странах Центральной Азии очевидна острая необходимость в проведении реформы наркологической службы для того, чтобы расширить спектр и улучшить качество услуг, сделать их более доступными, гуманными и направленными на удовлетворение индивидуальных потребностей клиентов. Особое внимание должно быть уделено преодолению обособленности, существующей между службами по лечению наркозависимости, психическому здоровью и борьбе с инфекционными заболеваниями, в рамках вертикальной системы здравоохранения, и налаживанию между ними взаимодействия.

8. Необходимо издавать на русском языке литературу о современных методах лечения наркозависимости. В странах Центральной Азии практически недоступна специализированная литература на русском и национальных языках, посвященная различным аспектам организации и оценки программ ОЗТ, а также и их научной обоснованности. В большинстве доступных публикаций, подготовленных на русском языке и опубликованных на русскоязычных веб-сайтах, прослеживается негативное отношение к ОЗТ, не подтвержденное никакими научными данными.

Рекомендация: правительства, организации по оказанию технической помощи и финансирующие агентства должны обеспечить выпуск технической и медицинской литературы на русском и национальных языках стран Центральной Азии и ее распространение среди врачей и специалистов, осуществляющих поддерживаемые ими (с финансовой, лицензионной или технической точек зрения) программы. Такие сети и структуры, как Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) и Центр знаний по снижению вреда ЕССВ, Центральноазиатский информационно-учебный центр по снижению вреда и другие национальные

и международные организации, должны изыскивать средства на перевод литературы по данной тематике и ее доступность в интернете.

9. Стратегически направленная работа со 9. средствами массовой информации способна развеять мифы об ОЗТ и создать атмосферу поддержки и понимания.

В Центральной Азии, как и в других странах Евразийского региона, широко распространены неверные представления о программах ОЗТ, например, о том, что они способствуют росту наркопотребления, или что специалисты, выступающие в поддержку ОЗТ, преследуют личную финансовую выгоду. Ответственные лица, принимающие решения на местном и национальном уровнях, могут оказаться под влиянием подобной информации или общественного мнения.

Рекомендация: необходимо, чтобы дискуссии по вопросам ОЗТ проводились, прежде всего, на основе научно доказанных фактов в области медицины, охраны общественного здоровья и прав человека. Сторонники ОЗТ должны приложить все усилия, чтобы стратегическая работа с представителями СМИ и формирование у них поддерживающего мнения стали важным компонентом лоббирования программ ОЗТ на долгосрочной основе.

10. Следует обеспечить долгосрочное и полномасштабное финансирование программ ОЗТ.

В Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане программы поддерживающего лечения агонистами финансируются исключительно в рамках проектов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Правительства этих трех стран не выделяют своих средств на поддержку программ ОЗТ, вместе с тем направляя значительное финансирование на борьбу с незаконным оборотом наркотиков.

Рекомендация: новые заявки в Глобальный фонд должны включать компонент по расширению доступа к ОЗТ. Специалисты государственных учреждений, выступающие в поддержку ОЗТ, представители гражданского общества и международных организаций должны проводить активную работу с Национальными координационными комитетами (НКК) и основными реципиентами с целью обеспечения необходимого финансирования для расширения и предоставления технической поддержки программам ОЗТ. Структуры Глобального фонда, организации, предоставляющие техническую поддержку, и общественные объединения должны делать все возможное, чтобы заявки основных реципиентов составлялись с учетом адекватного уровня финансирования ОЗТ. Одновременно, для обеспече-

ния долгосрочной устойчивости программ ОЗТ, активисты должны лоббировать выделение средств на их реализацию со стороны национальных правительств. В ситуации, когда финансовое положение стран остается нестабильным, особенно уместным является апеллирование к документально подтвержденным аргументам экономической эффективности программ.

В заключение считаем необходимым привлечь внимание к развитию тенденции, красной нитью проходящей через все главы обзора, посвященные рассмотрению ситуаций в каждой стране Центральной Азии: какой бы ни была позиция международных организаций и доноров, там, где наркологи выступают в роли активных сторонников опиоидной заместительной терапии и являются катализаторами реформы наркологии, программы ОЗТ проходят наиболее успешно и вовлекают большее количество людей с опиоидной зависимостью. Там же, где наркологи являются противниками ОЗТ или занимают безразличную, выжидательную позицию, программы ОЗТ или закрываются, или до сих пор не работают, или находятся на так называемой «пилотной» стадии. Авторы настоящего отчета, трое из которых – врачи наркологи, призывают своих коллег в Центральной Азии направить все усилия на скорейшую реализацию современных подходов в области лечения опиоидной зависимости, самым эффективным из которых в настоящее время признана опиоидная заместительная терапия, предоставляемая в сочетании с психосоциальной поддержкой (ВОЗ, 2009).

Введение

На сегодняшний день, опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) является одним из наиболее хорошо изученных и в то же время самых эффективных методов лечения опиоидной зависимости, когда она применяется в сочетании с психосоциальной помощью (WHO, 2009; Международное общество по борьбе со СПИДом, 2008). Исследования показали, что в результате применения ОЗТ значительно снижается уровень потребления нелегальных наркотиков, снижается уровень криминального поведения людей с опиоидной зависимостью, скорость распространения инфекционных заболеваний (ВИЧ-инфекция, гепатит С), улучшается психическое и физическое здоровье пациентов, их социальный образ жизни, уменьшается уровень передозировок, сокращается смертность (WHO, 2009; ВОЗ, УНП ООН, ЮНЕЙДС, 2004; Lawrinson et al., 2008). В настоящее время, заместительная терапия внедрена в 65 странах, где в целом около 950 000 людей с наркотической зависимостью находятся в программах ОЗТ (Cook and Kanaef, 2008; IHRA, 2009). Начиная с середины 60-х и заканчивая 90-ми годами прошлого столетия программы ОЗТ были внедрены в большинстве стран Европейского Союза, что привело к значительному снижению темпов роста ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и предотвращению дальнейшего распространения эпидемии в общую популяцию.

Уровень доступа людей с опиоидной зависимостью к ОЗТ значительно отличается в разных странах. В некоторых государствах программы носят высокопороговый характер – для назначения ОЗТ необходимо, чтобы пациент соответствовал определенным критериям (попытки предшествующего лечения, определенная длительность употребления наркотиков, наличие сопутствующих соматических заболеваний). ВОЗ в своих рекомендациях по лечению опиоидной зависимости упоминает только 2 критерия для назначения ОЗТ (при отсутствии каких-либо противопоказаний) – наличие опиоидной зависимости и информированное согласие пациента, рекомендуя низкопороговый подход к заместительной терапии (WHO, 2009). Это связано с тем, что только широкое внедрение ОЗТ помогает снизить темпы роста инфекционных заболеваний в тех странах, где парентеральная передача ВИЧ-инфекции и гепатита С играет ключевую роль.

В Центральной Азии, программы ОЗТ в настоящее время функционируют в трех странах. В Кыргызстане программа ОЗТ существует с 2002 г., в Казахстане пилотный

проект был начат в 2008 г., а в Таджикистане программа ОЗТ началась только в 2010 году. В Узбекистане пилотный проект ОЗТ был закрыт в 2009 г., и в настоящее время заместительная терапия в стране отсутствует. Введение ОЗТ в странах Центральной Азии столкнулось с рядом проблем. Наркологическая служба была сформирована еще в 70-е годы, поэтому в основном применяются методы лечения, ориентированные на полное воздержание от наркотиков (в основном детоксикация). Ни одна из стран Центральной Азии, где внедрена ОЗТ, не достигла даже 5 % охвата оценочного числа потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), при этом средний диапазон охвата, рекомендованный в соответствии с руководствами ВОЗ/УНП ООН/ЮНЕЙДС (2009) составляет 20-40%. Хотя, с момента проведения Саммита по расширению доступа к ОЗТ в странах Восточной Европы и Центральной Азии в Ялте в октябре 2008 года, в Центральной Азии произошли как положительные, так и отрицательные изменения, доступ к ОЗТ продолжает оставаться недопустимо низким.

Целью настоящего обзора является анализ ситуации с предоставлением опиоидной заместительной терапии в четырех странах Центральной Азии, где основное внимание авторов уделяется анализу существующих законодательных, политических и программных барьеров и противоречий, с целью улучшения этой ситуации и содействия дальнейшему внедрению и/или расширению ОЗТ в Центрально-азиатском регионе. По этой причине он кратко охватывает лишь некоторые положительные аспекты, связанные с ОЗТ в этих странах. Обзор содержит рекомендации по преодолению указанных препятствий и улучшению качества программ ОЗТ. В силу различных причин, независимых от авторов исследования, в него не был включен анализ ситуации в Туркменистане.

Данный документ предназначен для представителей общественных организаций и государственных структур, занимающихся вопросами организации опиоидной заместительной терапии. Обзор также будет полезен специалистам, работающим в сфере наркологии, программах снижения вреда от употребления наркотиков, профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа и гепатита С.

Методы и процедуры по сбору и анализу данных

Настоящий обзор написан на основе существующих публикаций по опиоидной заместительной терапии, различных отчетов, доступных на местном уровне, и проведенных консультаций и интервью с национальными специалистами в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане.

В основу настоящего обзора также легли материалы, предоставленные национальными экспертами Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ) и организации «Фьючерс Групп Интернэшнл» в четырех фокусных странах в июле – октябре 2009 года в рамках проекта «Восточная Европа и Евразия: МПТ», Техническое задание № 1, Инициатива по разработке политики в сфере здравоохранения. Сбор материалов проводился в соответствии с пилотной версией реестра для сравнения национального законодательства, стратегий, программ, указов, нормативно-правовых документов, руководств и протоколов с современной мировой практикой в области осуществления программ медикаментозной (заместительной) поддерживающей терапии. Перед началом сбора документов все национальные эксперты из вышеперечисленных стран прошли двухдневное обучение по использованию реестра.

Помимо национальных документов, собранных в соответствии с разделами реестра, эксперты ЕССВ из Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана поделились с авторами настоящего обзора своими мнениями относительно процесса сбора информации.

Полученные таким образом сведения были затем подвержены детальному изучению и анализу как на уровне региона, так и на уровне отдельных республик Центральной Азии, в которых проводилось исследование. На основе этого анализа были подготовлены краткие отчеты о ситуации, сложившейся в каждой из четырех стран вокруг ОЗТ, определены существующие проблемы, и разработаны рекомендации по дальнейшей деятельности в поддержку программ опиоидной заместительной терапии. Важную роль в процессе

анализа проблем и разработки рекомендаций сыграли представители государственных, неправительственных и международных организаций, принявшие участие в консультативной встрече по адвокации ОЗТ в Центральной Азии, которая проходила 9-10 февраля 2010 года в городе Бишкеке.

Политическая, правовая и программная среда вокруг опиоидной заместительной терапии в четырех странах Центральной Азии

● Казахстан

Описание ситуации

Казахстан с населением более 15 миллионов человек является лидером в регионе по количеству потребителей инъекционных наркотиков. По различным оценкам в стране проживает около 100000-160000 людей, употребляющих наркотики инъекционным путем (UNODC ROCA, 2007a; IHRD, 2008). Основным инъекционными наркотиками являются производные опия. Казахстан насчитывает более 12,000 случаев ВИЧ/СПИДа и по данным УНП ООН по количеству случаев на 100,000 населения лидирует среди стран Центральной Азии (UNAIDS, 2008; UNODC ROCA, 2008). 73% зарегистрированных случаев ВИЧ инфицирования связаны с ПИН (UNODC ROCA, 2008). Распространенность ВИЧ инфекций среди различных групп населения не одинакова и особенно высока среди ПИН. Согласно оценочным данным для Казахстана эта цифра составляет 9.2% (Mathers et al., 2008).

По данным регионального отчета УПН ООН около 10,000 человек прошли лечение в наркологических клиниках и диспансерах Казахстана в 2006 году (UNODC ROCA, 2007a). В подавляющем большинстве случаев, лечение зависимости ориентировано на полный отказ от приема наркотиков. В процессе лечения, основной акцент сводится к детоксификации с широким использованием различных сильнодействующих препаратов, изменяющих сознание пациентов и, по мнению врачей, помогающих таким образом перенести тяжелые симптомы абстиненции. Постдетоксификационная психо-социальная помощь и реабилитация в основном носят формальный характер. Обычной практикой является принудительное лечение наркотической (и алкогольной) зависимости, проводящееся по

постановлению суда и под прямым контролем правоохранительных органов. Лечение наркотической зависимости в местах лишения свободы отсутствует.

Фармакотерапия агонистами опиатов, или лечение, более известное как опиоидная заместительная терапия, существует в виде двух пилотных проектов на базе Павлодарского областного центра по профилактике и лечению зависимых заболеваний и Карагандинского областного наркологического центра. Проекты действуют уже более года, финансируются за счет средств гранта Глобального фонда и предоставляют лечение 50 пациентам. Основными критериями для включения в программу являются подтвержденный диагноз опиоидной зависимости, возраст свыше 18 лет, стаж инъекционного употребления свыше трех лет и две безуспешные попытки лечения. Последний критерий необязателен для ВИЧ-положительных пациентов.

Вопросы, касающиеся наращивания охвата и оценки

Внедрение ОЗТ стало возможным благодаря поддержке данного решения представителями государственных структур, включенными в состав Странового координационного комитета. Следует отдельно отметить положительную роль Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, который взял на себя научное сопровождение пилотного проекта.

Нормативных правовых актов, касающихся опиоидной заместительной терапии, практически не имеется. Основными документами являются два приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан, которые в большей степени расписывают технологию организации лечения и рекомендации по оказанию помощи, нежели несут какое-либо нормативное сопровождение. Несмотря на рекомендации ВОЗ, метадон не включен в национальный список жизненно важных лекарственных средств на территории Казахстана и ввозится исключительно на основе специальных разрешений уполномоченных органов для нужд пилотных проектов.

Прямой или косвенный контроль над программами по заместительной терапии осуществляют несколько государственных структур. Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании обеспечивает научное сопровождение проекта и осуществляет его мониторинг. Контроль над использованием наркотических и психотропных средств осуществляется Комитетом по борьбе с наркоманией и наркобизнесом Министерства внутренних дел Республики, на общих основаниях. Также мониторинг за программами, их эффективностью и оборотом метадона осуществляют:

- Комитет фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан, контролирующей применение лекарственных и иных средств в области здравоохранения и проводящий лицензирование деятельности, связанной с применением наркотических средств и психотропных веществ;
- Республиканский Центр СПИД - как основной реципиент по гранту Глобального фонда, отвечающий за успешную реализацию программы;

- Областные (Павлодарское и Карагандинское) управления здравоохранения – по вопросам организаций лечения на местах и применения метадона в пилотных регионах.

Методические рекомендации «Применение метадона в наркологической практике и программах снижения вреда от незаконного потребления наркотиков», разработанные Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании, а также «Правила о внедрении заместительной терапии», утвержденные приказом Министерства здравоохранения, содержат основные рекомендации для медицинского персонала по применению метадона в программе заместительной терапии. На основании данных рекомендаций, врачом-наркологом, который осуществляет лечение пациента, разрабатываются уже индивидуальные планы лечения.

Применение ОЗТ в местах лишения свободы, больницах общего профиля или других учреждениях не допускается. Планируется, что будет проведено поэтапное расширение проекта до 7 областей (должен охватить 200 пациентов к 2010 году), и все центры по ОЗТ будут находиться при областных и городских наркологических диспансерах. На сегодняшний день применение метадона разрешено исключительно в специализированном помещении. Вынос метадона за пределы помещения не допускается и пациенты должны принимать метадон непосредственно в кабинете наркологического диспансера под наблюдением персонала.

Вовлеченность государства, международных организаций и неправительственного сектора

Парламент, Правительство и Президент не очень активно вовлечены в вопросы по внедрению заместительной терапии и их позиции характеризуются неопределенностью, они нигде не озвучены. В ряде случаев, со стороны Правительства имела место констатация факта о внедрении пилотного проекта. Налицо ряд согласованных нормативов, например таких как квоты на ввоз метадона, которые утверждены в силу полномочий Правительства. Однако в целом позиция Правительства по отношению к ОЗТ не очень ясна.

На сегодняшний день все нормативы, регулирующие деятельность по ОЗТ, приняты Министерством здравоохранения (МЗ). По-видимому, это основная организация, от позиции которой зависит дальнейшее развитие программы. Министерство подает квоты на ввоз препарата, по его данным препарат вносится в тот или иной список контролируемых веществ, через Комитет Фармацевтического контроля МЗ выдаются лицензии и осуществляется их отзыв. Министерство определяет регионы, в которых рекомендуется внедрение программы по заместительной терапии, а также утверждает количество пациентов и их распределение по регионам, определяет учреждения, на базе которых проводится ОЗТ, утверждает все нормативы, проводит мониторинг деятельности программы. На сегодняшний день мнение Министерства по отношению к заместительной терапии является положительным. Говорится о необходимости увеличения количества пациентов, расширении охвата до 7 регионов, возможности финансирования проекта за счет бюджета, а также о возможности производства метадона на территории Казахстана по

достижению определенного количества пациентов (10,000 человек). Необходимо отметить, что мнение Министерства, как правило, совпадает с мнением действующего министра и со сменой министра может быть изменено.

Позиция Министерства внутренних дел относительно внедрения заместительной терапии не до конца понятна, однако в соответствии с выступлением Председателя Комитета по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков в октябре 2008 года (начало внедрения проекта) мнение является негативным из-за этических и психологических моментов, связанных с представлением о появлении в стране «легального» наркотика. По мнению некоторых чиновников, поддержка государством программ заместительной терапии может служить неправильным посланием к населению о том, что употребление наркотиков приемлемо.

Глобальный фонд требует, чтобы подход к ВИЧ был научно подтвержденным использованием ТЗГ в Казахстане. Несмотря на то, что ОЗТ была включена в страновую заявку и была одобрена Страновым координационным комитетом, в котором доминируют представители правительства, внедрение проекта на территории Республики Казахстан затягивалось. Глобальный фонд выступил с предупреждением об отзыве финансирования, благодаря чему проект по ОЗТ все-таки был запущен. ГФ имеет большое влияние на Республиканский Центр СПИД и Министерство здравоохранения. Формально договор подписан между Глобальным фондом и Республиканским Центром по профилактике и борьбе со СПИДом. Однако, в связи с тем, что средства Глобального фонда покрывают значительную часть программ в области здравоохранения и снижения вреда, Министерство здравоохранения старается выполнять требования Глобального фонда.

В настоящее время участие некоммерческих организаций или организаций, состоящих из целевых групп либо их родственников, в процессе продвижения ОЗТ крайне низкое. Существует несколько организаций заинтересованных во внедрении заместительной терапии, но какого-либо значимого влияния на текущие процессы они не оказывают. Даже если представители неправительственных организаций приглашаются к участию в работе различных комиссий или рабочих групп, их участие зачастую носит формальный характер; они не могут оказывать реального влияния на принятие решений. Чтобы НПО имели большее реального влияния, необходимо тщательное планирование, техническая поддержка, и непрерывные усилия по созданию межсекторного диалога.

Факторы, препятствующие развитию опиоидной заместительной терапии и приоритеты для адвокации

Противоречия в национальном законодательстве и иных документах по вопросам, касающимся ОЗТ

В настоящий момент ОЗТ в стране осуществляется только учреждениями государственного сектора. Хотя прямого запрета (как и разрешения) на предоставление ОЗТ учреждениями неправительственного сектора в законодательстве не содержится, однако установленные процедуры и требования являются довольно сложными и трудно-

выполнимыми. Необходимо учитывать, что проект по ОЗТ является пилотным, и все процедуры осуществляются по прямому распоряжению специально уполномоченных органов, в данном случае Министерства здравоохранения. Реализация программы ОЗТ не требует в рамках законодательства Казахстана отдельного специального лицензирования и подпадает под понятие «амбулаторная наркологическая помощь». Однако, у организации должна быть лицензия на работу с наркотическими лекарственными средствами, получить которую затруднительно.

Специальных положений, которые либо способствуют, либо исключают значимое участие потребителей инъекционных наркотиков в разработке политики и нормативно-правовых актов не существует. Следует отметить, что законодатели скорее негативно, чем позитивно относятся к участию ПИН в разработке политики и нормативов. Тем не менее, уже сейчас создаются прецеденты по участию целевых групп в выработке политики на государственном уровне. Так, в Страновой координационный комитет по реализации гранта Глобального фонда включены представители людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ) и людей, переболевших туберкулезом. Однако, государственные органы применяют эти практики исключительно исходя из требований доноров и международных агентств (UNAIDS, 2007). Имеются некоторые ограничения и с правом свободного передвижения и свободного выбора места жительства. С одной стороны государство признает право на свободу передвижения, с другой стороны вводится ряд мер, которые ограничивают данное право. В частности, всем лицам, которые поставлены на наркологический учет, вменяется в обязанность проходить периодические обследования в наркологических диспансерах по месту жительства, до полного снятия с учета. Явка на обследование может обеспечиваться в принудительном порядке с привлечением сотрудников органов внутренних дел. Необходимо учитывать, что в Казахстане полностью не отменена прописка по месту жительства, и переезд в другой регион обязывает к соблюдению множества процедур, таких как: замена удостоверения личности, снятие с учета в военкомате, выписка из помещения проживания, снятие с учета в наркологическом диспансере (если лицо находится на учете) и др.

Учитывая тот факт, что пациенты принимают заместительный препарат исключительно в установленном месте, путем явочного характера, то переезд на другое место жительства для пациентов ОЗТ практически невозможен, так как автоматически означал бы их выход из программы. По той же причине попадание пациентов в пенитенциарные учреждения влечет за собой отстранение от программы заместительной терапии.

Участие Глобального фонда

Секретариат Глобального Фонда, включая менеджеров, был активен на стадии внедрения пилотных проектов, однако на данном этапе не очень энергично продвигает расширение ОЗТ. Можно предполагать, что главным показателем (индикатором) является наличие ОЗТ в стране (хотя бы на пилотном уровне), а не охват и реальное воздействие данных программ на ситуацию с потреблением наркотиков и ВИЧ. Будучи основным донором в сфере профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, Глобальный фонд является организацией, с которой Правительству приходится считаться. Необходимо побудить ГФ

продолжать активную адвокационную политику в стране и в регионе в целом. Для этого возможно:

- использовать ресурсы форума гражданского общества при ГФ;
- работать и обращаться напрямую к сотруднику по работе с гражданским обществом при ГФ;
- обращаться напрямую к региональному портфолио менеджеру;
- ставить соответствующие вопросы на повестку дня региональных конференций ГФ;
- координировать данную деятельность с коллегами и партнерскими организациями из других стран региона, что должно оказать большее влияние на уровень активности ГФ.

Участие Правительства

Можно предполагать, что ОЗТ существует в стране в основном для того, чтобы выполнить требование Глобального Фонда, и Правительство на деле не чувствует себя обязанным внедрять и расширять данные программы. Являясь самым эффективным методом лечения опиоидной зависимости (и профилактики ВИЧ в странах, в которых эпидемия растет в основном за счет инъекционного потребления наркотиков) ОЗТ должна стать составной частью программ финансирования сферы наркологии из государственного бюджета. Для этого необходимо:

- информировать людей, принимающих решения о целесообразности комплексного подхода к лечению наркотической зависимости (и, следовательно, профилактики ВИЧ) и необходимости включения ОЗТ в перечень программ, финансируемых государством в сфере наркологии;
- обратить внимание соответствующих чиновников и структур на рекомендации различных организаций ООН (ВОЗ, УНП ООН, ЮНЕЙДС) и конкретные выгоды (пользу), которые получит страна после расширения ОЗТ (высокая эффективность, низкая стоимость). Специалисты по лечению зависимостей, Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании и Министерство здравоохранения могут стать основными партнерами в этом процессе при целенаправленном и продуманном вовлечении таких организаций как ГФ, ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС с целью совместной работы по расширению программ ОЗТ.

Качество и привлекательность предоставляемых услуг

На определенном этапе качество и эффективность программ могут иметь решающее значение при обсуждении вопроса о расширении ОЗТ. Многие завышенные требования, предъявляемые к участникам программ, могут отталкивать клиентов (служить барьером для вовлечения в лечение).

Должна существовать система мониторинга качества и эффективности программ ОЗТ. Программы должны периодически оцениваться независимыми внешними (не вовлечен-

ными в осуществление программ) экспертами по установленным объективным критериям. Основной целевой группой для адвокации являются структуры, непосредственно вовлеченные в планирование и осуществление ОЗТ. Это в первую очередь Министерство здравоохранения и Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании. Необходимо координировать процесс получения этой группой информации о лучших практиках, положительном опыте развитых стран и соответствующих рекомендациях и руководствах международных организаций по обеспечению высокого качества и эффективности ОЗТ.

Политизация проблемы наркотиков и, в том числе, заместительной терапии

Тема заместительной терапии зачастую становится объектом политических дискуссий. Оппоненты, в том числе представители силовых структур, часто используют «моральные аргументы» против ОЗТ (например, «если государство разрешает использование наркотиков, то это может служить неправильным посланием к населению - употребление наркотиков приемлемо»). Необходимо перевести все дебаты, касающиеся ОЗТ, в русло «аполитизированной» дискуссии и побудить рассматривать ее непосредственно как метод медицинского вмешательства (лечения) с конкретными медицинскими показаниями и противопоказаниями, эффективностью, преимуществами и ограничениями.

Информированность целевых групп и общества в целом

Часть населения может считать единственной легитимной целью лечения полное воздержание от приема наркотиков и заместительная терапия, в таком случае, становится идеологически неприемлема. У многих потребителей наркотиков отношение к ОЗТ также отрицательное. Существуют различные мифы о «вреде» метадона, об особо тяжелой степени зависимости от него и так далее. Подобные мифы зачастую озвучены самими потребителями наркотиков и дезинформируют как потенциальных пациентов программ, так и общество в целом. Предоставление широким слоям населения правдивой и основанной на подтвержденных данных информации об ОЗТ должно стать основным оружием против попыток дискредитации программ и распространения необъективной информации. Необходимо обучать и активно информировать самих потенциальных клиентов программ. Хорошо спланированная и продуманная информационная деятельность (кампания) должна вестись на постоянной основе. Для целей адвокации необходимо:

- распространять через печатные, теле/радио и электронные средства массовой информации сбалансированную (не агрессивную) и правдивую информацию, касающуюся ОЗТ. Использовать для этого переводы соответствующих документов структур ООН, высказывания, интервью и публикации ведущих иностранных и национальных экспертов и т.д., а также позитивные результаты работы пилотных программ, примеры позитивных изменений в жизни их клиентов;
- привлекать сторонников из числа прогрессивно мыслящих национальных экспер-

тов (наркологов, инфекционистов, эпидемиологов, юристов) и содействовать их активному вовлечению в адвокацию ОЗТ. Данная группа способна сыграть одну из ключевых ролей в адвокации, так как эксперты могут рассматриваться многими как заслуживающие особое доверие и, соответственно, к их мнению прислушиваются больше.

- способствовать формированию групп активистов из числа потребителей наркотиков, пациентов ОЗТ, ЛЖВ и проводить с ними образовательную работу по формированию правильного понимания и отношения к ОЗТ;
- Содействовать активному вовлечению данных групп в адвокационную работу на национальном и региональном уровнях. Способствовать вовлечению уязвимых и затронутых болезнью групп в региональное сотрудничество с партнерскими организациями и сетями.

● Кыргызстан

Описание ситуации. Основные проблемы, препятствия и противоречия

На сегодняшний день Кыргызстан является в регионе лидером по предоставлению опиоидной заместительной терапии. Данный вид лечения внедрен в Республике с 2002 года и на данный момент функционируют 17 центров в девяти регионах страны. Такое развитие программы стало возможным благодаря устойчивой поддержке ряда ключевых фигур в правительстве, и в частности в Министерстве здравоохранения. Большую роль сыграли общественные организации, поддерживаемые международными донорами, такими как Институт «Открытое Общество», Всемирный банк и другие. Как и в других странах региона, ключевым фактором стала поддержка со стороны Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Численность потребителей инъекционных наркотиков в Кыргызстане приближается к 25000 (Mathers et al., 2008). По данным дозорного эпидемиологического надзора в 2006 году, распространенность ВИЧ среди ПИН в среднем по стране составила 7,4 %, распространенность антител к вирусному гепатиту С - 48,4 %, антител к сифилису - 11,6 % (Правительство Кыргызской Республики, 2007). На 1 декабря 2009 г. число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составило 2671, из них наркопотребители составляют 1684 человека (Страновой Многосекторальный Координационный Комитет по социально значимым и особо опасным инфекционным заболеваниям при Правительстве Кыргызской Республики, 2009).

В настоящее время пациентам с опиоидной зависимостью в Кыргызстане предлагаются следующие виды лечения:

1. Стационарная и амбулаторная детоксификация в наркологических учреждениях;
2. Стационарная медико-психологическая реабилитация и программы амбулаторной реабилитации по 12-шаговой модели в Республиканском центре наркологии (РЦН) и Ошском областном наркологическом диспансере;
3. Опиоидная заместительная терапия в наркологических учреждениях, центрах семейной медицины и медицинских учреждениях пенитенциарной системы.

Законодательная база проведения ОЗТ

Регуляция проведения ОЗТ в Кыргызстане осуществляется на основании приказов Министерства здравоохранения и Агентства по контролю наркотиков (АКН) (расформировано в ноябре 2009, его полномочия разделены между министерствами внутренних дел и здравоохранения). В медицинских учреждениях пенитенциарной службы ОЗТ регулируется также совместными приказами Министерства юстиции и Министерства здравоохранения. Данные документы создают базу для проведения ОЗТ в Кыргызстане,

дают возможность для разработки постановлений министерств и ведомств, а также внутренних положений.

В Кыргызстане действует «Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 годы». Целью этой программы является повышение эффективности мер по профилактике ВИЧ путем проведения мероприятий среди уязвимых групп населения. В Государственной программе декларируются меры по поддержке программ ОЗТ, в том числе и в пенитенциарных учреждениях. В Кыргызстане действует также утвержденная Президентом «Национальная программа Кыргызской Республики по противодействию наркомании и незаконному обороту наркотиков на период до 2010 года». В ней также упоминается ОЗТ как одна из программ лечения и снижения вреда, причем предусматривается ее финансирование за счет внешних доноров.

Регуляция ОЗТ

Отбор пациентов в программы ОЗТ определяется приказами Министерства здравоохранения № 41 от 2001 года и № 56 от 2007 года. Приказ МЗ № 41 от 2001 года определяет показания к включению в программу ОЗТ следующим образом: *опиоидная зависимость с регулярным внутривенным употреблением наркотиков на протяжении более чем 2 лет и несколькими неудачными попытками лечения в лечебных учреждениях республики.*

Кроме того, определены дополнительные критерии, на основе которых принимается решение о «внеконкурсном» включении пациента в программу:

1. Осложнения зависимости от опия и опиоидов (различные опасные для жизни состояния, гепатит В, С, трофические язвы, сепсис, нагноения, общее истощение организма, ВИЧ и СПИД);
2. Сопутствующие заболевания (онкологические заболевания, психические расстройства, сахарный диабет и другие заболевания);
3. Беременность;
4. Индивидуальные показания - по решению консультативной комиссии.

В приказе не указано, в какого типа лечебных учреждениях пациент должен был предпринять предшествующие неудачные попытки лечения, и каким образом это необходимо документировать. В приказе МЗ № 56 от 2007 года, который регламентирует расширение программ ОЗТ, указаны те же самые показания, что и в приказе 2001 года, однако нет требования того, чтобы у пациента были несколько безуспешных попыток лечения в анамнезе. Следует отметить, что в обоих приказах предусматриваются так называемые «индивидуальные показания по решению консультативной комиссии», что создает для врачей определенную свободу при включении пациентов в программы ОЗТ и дает возможность увеличить уровень охвата людей с опиоидной зависимостью программами ОЗТ.

В настоящее время, ОЗТ проводится только в специализированных наркологических учреждениях либо врачами-наркологами в Центрах семейной медицины. Учреждение для проведения заместительной терапии должно иметь разрешение Министерства здравоохранения, причем оба приказа указывают, что ОЗТ можно проводить только в государственных учреждениях. Отбор пациентов в программы ОЗТ производится специальной консультативной комиссией, которая создается в лечебном учреждении приказом главного врача. При проведении ОЗТ, для каждого пациента разрабатывается индивидуальный план обследования и лечения. Консультативная комиссия каждые три месяца проводит оценку эффективности проводимой терапии и уточняет план лечения. В период участия в программе ОЗТ, пациенты обязаны проходить периодическое тестирование на употребление других наркотических и психотропных веществ с целью объективизации эффективности лечения. В тех случаях, когда пациенты, получающие ОЗТ, госпитализируются в другие лечебные учреждения, администрация учреждения, реализующего программу ОЗТ, обязана согласовать порядок обеспечения пациента метадонном с администрацией лечебного учреждения, в которое госпитализирован пациент. В этом случае, выдача метадона пациенту должна осуществляться медицинским персоналом лечебного учреждения, в которое госпитализирован пациент.

Показания к ОЗТ, зафиксированные в приказах Министерства здравоохранения, значительно ограничивают контингент пациентов, подлежащих включению в программы ОЗТ в Кыргызстане, - для включения в программу требуется наличие попыток лечения, соматических заболеваний, определенная давность заболевания. Данные показания не соответствуют принятым в 2009 г. протоколам ВОЗ (WHO, 2009), где сам по себе диагноз опиоидной зависимости и информированное согласие пациента служат показанием к включению в программу ОЗТ.

Заместительная терапия в учреждениях пенитенциарной системы регламентируется совместным приказом Министерства здравоохранения и Министерства юстиции. В нем указано, что ОЗТ назначается в случае, если состояние пациента соответствует не менее чем трем из нижеследующих критериев:

1. Инъекционное потребление опиоидов;
2. Возраст не менее 18 лет;
3. Тяжелые соматические заболевания (кроме туберкулеза, при выявлении туберкулеза человек отправляется в туберкулезную больницу и исключается из проекта);
4. Неоднократные безуспешные стационарные попытки терапии от наркомании;
5. Пациент ранее до поступления в исправительное учреждение участвовал в программе ОЗТ;
6. Наличие ВИЧ-инфекции или гепатита С.
7. Срок заключения должен быть не менее 3 лет с момента включения в программу ОЗТ.

Следует отметить, что данный приказ дискриминирует больных туберкулезом и осужденных с малыми сроками заключения, которые исключаются из числа пациентов, включаемых в программу ОЗТ.

Практика ОЗТ

Реализация программы ОЗТ в Кыргызстане проводится с 2002 года. На базе РЦН в Бишкеке и Ошского областного наркологического диспансера были внедрены пилотные программы ОЗТ метадонем. В Бишкеке программа финансировалась Фондом «Сорос-Кыргызстан» и Институтом «Открытое Общество», в Оше – Программой развития ООН (ПРООН). Первоначально, программы реализовывались как пилотные проекты в специализированных наркологических учреждениях. В 2002-2006 гг. программы ОЗТ функционировали только в двух городах страны (Бишкек и Ош), с 2007 г. произошел рост числа пациентов, получающих ОЗТ и медицинских учреждений, предоставляющих заместительную терапию. В настоящее время деятельность программ расширилась - ОЗТ получают 948 пациентов, открыты филиалы в Центрах семейной медицины, в учреждениях пенитенциарной медицины. Стоимость программы с учетом предоставляемых услуг, технического оснащения программ и самого метадона на одного пациента составляет 1 доллар США в день. Для ОЗТ используется метадон в виде готового водного 0,1%-ного раствора, приготовленного в аптеках РЦН (г. Бишкек) и Ошского областного наркологического диспансера (г. Ош), имеющих лицензию МЗ КР на фармацевтическую деятельность. Метадон принимается пациентом один раз в сутки в присутствии медицинской сестры.

В медицинской службе пенитенциарной системы с 2008 года начата программа ОЗТ на базе трех учреждений: Исправительной колонии № 47 в Бишкеке, СИЗО-1 в Бишкеке и СИЗО-5 в Оше. Всего в учреждениях пенитенциарной медицины ОЗТ получают 150 пациентов.

Регуляция поступления метадона и финансирование программ ОЗТ

Оборот метадона ранее находился под контролем АКН (расформировано в ноябре 2009 года), которое устанавливало нормы по учету, хранению и распределению совместно с МЗ. В настоящее время функции АКН распределяются между Министерством здравоохранения и Министерством внутренних дел. Контроль за хранением и доставкой метадона в пункты выдачи возложен на Республиканский центр наркологии. Контроль за оборотом метадона в пенитенциарных учреждениях осуществляло ранее Министерство юстиции, в настоящее время пенитенциарные учреждения выделены в отдельное ведомство.

В Кыргызстане не существует запланированных государством бюджетных средств, направленных на обеспечение ОЗТ. Финансирование всех программ ОЗТ в республике осуществляется в настоящее время за счет средств Глобального фонда. Институт «Открытое Общество», фонд Сорос-Кыргызстан и ПРООН финансировали программы ОЗТ в 2001 – 2004 году, а в настоящее время продолжают оказывать техническую помощь в виде обучения.

Метадон входит в утвержденный Перечень жизненно важных лекарственных средств, однако отсутствует механизм регуляции финансирования и закупок данного препарата.

Оценка программ ОЗТ

Оценки программ ОЗТ проводились сотрудниками РЦН (Асанов и Парпиева, 2005), а также совместно с региональным бюро ВОЗ и приглашенными экспертами. В настоящее время под руководством Европейского бюро ВОЗ проводится оценка эффективности программы ОЗТ в исправительной колонии № 47. Проведенные экспертные оценки показали эффективность программ ОЗТ в отношении уменьшения сопутствующего потребления наркотиков, снижении рискованного инъекционного поведения, улучшения состояния здоровья и социального функционирования.

Организации, которые влияют на политику в области ОЗТ

Нормативно-правовая база Кыргызской Республики в области лечения и профилактики наркозависимости находится в прямой зависимости от позиции Парламента, Правительства и Президента страны. Министерство здравоохранения Кыргызстана разрабатывает нормативно-правовые документы, регулирующие ОЗТ. Республиканский центр наркологии с 2002 г. инициировал и в настоящее время координирует программу ОЗТ, большую адвокационную работу среди лиц, принимающих решение и населения.

В Кыргызстане существует ряд общественных организаций, которые проводят активную работу в области снижения вреда, защиты прав наркозависимых, предоставления социальной, юридической и информационной помощи. Эти организации проводят большую работу по адвокации программ заместительной терапии. В 2009 году возникла угроза закрытия программ заместительной терапии в Кыргызской Республике. Это было связано с действиями некоторых журналистов и депутатов парламента, которые выступили против программ ОЗТ и намерением Руководства АКН в связи с этим временно приостановить программу. НПО, а также инициативная группа участников программы ОЗТ сумели организовать адвокационную кампанию в СМИ, АКН, Правительстве Республики, Страновом Многосекторальном Координационном Комитете. Было организовано общественное обсуждение с участием всех заинтересованных сторон, что способствовало сохранению программ заместительной терапии. Общественное мнение в отношении программ ОЗТ неоднозначно. Против проведения ОЗТ периодически выступают некоторые депутаты парламента, сотрудники правоохранительных органов и журналисты. На формирование их мнения в определенной степени влияет позиция, которая высказывается российскими СМИ и некоторыми российскими официальными лицами, выступающими против ОЗТ. Однако в Кыргызстане не существует какой-либо государственной или общественной организации, которая бы последовательно выступала против ОЗТ.

Особенности законодательства, влияющие на развитие программ ОЗТ

Все сведения о пациентах, состоящих на наркологическом учете, являются врачебной тайной и охраняются законом. Тем не менее, медицинские работники могут разглашать информацию о пациентах при наличии официальных запросов со стороны правоохранительных органов. В связи с тем, что в целом сохраняется система наркологического учета, унаследованная с советских времен, существуют ограничения прав пациентов, состоящих на наркологическом учете. Диагноз наркотической зависимости может быть основанием для лишения родительских прав, ограничений при устройстве на работу. Указанные факторы могут способствовать нежеланию пациентов обращаться за помощью в государственные наркологические учреждения. Программы ОЗТ могут проводиться, согласно действующим приказам Министерства здравоохранения, только в государственных учреждениях, хотя в государственных программах по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и по противодействию наркомании такого ограничения нет.

Рекомендации по дальнейшему расширению и повышению качества программ ОЗТ:

1. Все программы ОЗТ проводятся исключительно при финансовой поддержке международных доноров, с 2004 года при поддержке гранта Глобального Фонда. В связи с этим, уход доноров может повлечь за собой прекращение финансирования и закрытие программ ОЗТ. Необходимо привлечение к финансированию программ ОЗТ государства, а также дальнейшее изучение возможности покрытия части стоимости программ ОЗТ за счет самих пациентов.
2. Образование сотрудников медицинских учреждений в области ОЗТ должно включать базовый тренинг и систему непрерывного обучения по ОЗТ, которое можно проводить силами национальных экспертов (Moller et al., 2009).
3. Рекомендуется разработать стратегию по адвокации ОЗТ среди представителей парламента, правительства, должностных лиц правоохранительных органов, общественности и медицинских работников. Для этих целей, целесообразно использовать положительные результаты, уже достигнутые в стране в результате осуществления заместительной терапии.
4. Рекомендуется добиваться увеличения количества медицинских учреждений, предоставляющих ОЗТ, в том числе за счет предоставления негосударственным лечебным учреждениям права проводить опиоидную заместительную терапию.
5. Рекомендуется изменение протоколов лечения. Необходимо расширение показаний к ОЗТ в соответствии с рекомендациями ВОЗ (существующие показания требуют наличия попыток лечения в прошлом, двух лет стажа инъекционного употребления, либо тяжелых соматических заболеваний).

● Таджикистан

Описание ситуации

Согласно официальным данным, численность населения в Республике Таджикистан (РТ) в 2006 году составила 7,1 млн. человек (Правительство Республики Таджикистан, 2007), и к июлю 2009 года, по некоторым оценочным данным, достигла 7,3 млн. человек. На 1 января 2009 на наркологическом диспансерном учете состояло 8645 человек, из которых 7615 (88%) человек употребляют опиаты и 5430 человек (62,8%) употребляют наркотики инъекционным способом (АКН, 2009). За последние восемь лет различными организациями были сделаны несколько предположений относительно оценочного количества проблемных потребителей наркотиков и ПИН в стране. Так, в 2002 году Региональное Представительство УНП ООН в Центральной Азии сообщило о 45000 – 55000 проблемных потребителей наркотиков. В 2007 году, по результатам повторной экспресс-оценки, это же ведомство пришло к выводу о том, что в Таджикистане «больше чем 0,5% всего взрослого населения в возрасте от 15 до 64 лет, или же 20000 человек, регулярно употребляют опиаты, что является самым низким показателем в Средней Азии» (UNODC ROCA, 2007b). В 2009 году Республиканский Центр по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД на основе данных системы второго поколения эпидемиологического надзора среди ПИН рассчитал, что оценочное количество так называемых «гражданских» ПИН (не находящихся на момент проведения исследования в местах лишения свободы) составляет 26400 человек (Абдуллоев, Рачабов, и Шабонов, 2009).

На 31 декабря 2008 года в РТ было официально зарегистрировано 1422 случая ВИЧ-инфекции, из которых в 802 случаях (56,3%) передача ВИЧ-инфекции произошла инъекционным путем (Республиканский Центр по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, 2009). В 2008 году в ходе проведения эпидемиологического надзора в стране были вовлечены в исследование и протестированы на ВИЧ-инфекцию 1355 ПИН, среди которых распространенность ВИЧ-инфекции составила 17,6%, а вирусного гепатита С – 29,9% (Абдуллоев, Рачабов, и Шабонов, 2009). В другом исследовании, проведенном в городе Душанбе в 2004 году, распространенность вирусного гепатита С среди 491 активных ПИН была 61,3% (Beyrer et al., 2009). По данным ЮНЭЙДС, оценочное количество людей в возрасте от 15 лет и старше, живущих с ВИЧ в Таджикистане в 2007 году составило 10000 (UNAIDS, 2008). Все вышеприведенные данные являются свидетельством того, насколько важно внедрение в условиях Таджикистана ОЗТ, как одного из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости и профилактики инфицирования ВИЧ среди ПИН (ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС, 2004).

Вопрос о внедрении ОЗТ был впервые сформулирован в Таджикистане на уровне политических документов в 2002 году, когда в Стратегическом плане предотвращения угрозы распространения ВИЧ/СПИД на период 2002-2005 гг. была поставлена задача обеспечения участия в программе заместительной терапии до конца 2004 года 200 ПИН в городах Душанбе, Кайракум и Чкаловск (Правительство Республики Таджикистан, 2002). В декабре 2003 года Президент Таджикистана подписал Закон «О наркологической

помощи», в котором, среди оснований для госпитализации в наркологический стационар, указывается на проведение «альтернативной замещающей терапии» больным наркоманией. Проведение «альтернативной заменяющей терапии» лицам, страдающим наркологическими заболеваниями, согласно данному закону, является одной из задач лечебно-профилактических учреждений, оказывающих стационарную наркологическую помощь. Однако, несмотря на то, что для проведения ОЗТ имелись все необходимые основания с точки зрения внутреннего законодательства, программа заместительной терапии была внедрена в РТ лишь в 2010 году. Одной из причин этой задержки является негативное отношение российских властей к заместительной терапии и влияние, которое они оказывали (и продолжают оказывать) на наркополитику в странах Центральной Азии – членов СНГ. Как отмечают Утяшева и Эллиотт (2009), в России введен запрет на метадон в рамках уголовного права. В то же время, в 1999 году Совет Безопасности Российской Федерации утвердил «Руководящие принципы и основные направления деятельности в Российской Федерации по противодействию незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ и злоупотреблению ими на период до 2008 года», в которых политика России на уровне международного сотрудничества направлена, помимо всего прочего, на противодействие попыткам развития и применения метадоновых программ.

В октябре 2008 года Министерство здравоохранения РТ обратилось в Правительство с просьбой рассмотреть вопрос о внедрении заместительной терапии в стране, на которую 20 октября 2008 года был получен положительный ответ. В апреле 2009 года в Подразделении по реализации грантов Глобального Фонда ПРООН прошло заседание Рабочей группы по обсуждению вопроса стратегии внедрения заместительной терапии, где рассматривался вопрос о пилотном внедрении ОЗТ, и было принято решение определить охват программой ОЗТ в 2009 году на уровне 200 пациентов и довести его до 700 пациентов к 2014 году. 24 июля 2009 года Министр здравоохранения РТ подписал приказ «О внедрении заместительной терапии».

В соответствии с вышеперечисленными документами, программа ОЗТ в РТ будет финансироваться в течение пяти следующих лет за счет средств Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и других донорских организаций. Местами для проведения пилотных программ ОЗТ определены Республиканский клинический центр наркологии в городе Душанбе и наркологические центры Горно-Бадахшанской Автономной Области, Согдийской и Хатлонской областей. С целью применения метадона в программах ОЗТ, до конца 2009 года в Государственную квоту на наркотические средства, используемые в законном обороте в Республике Таджикистан, планировалось внести необходимые изменения.

Хотя программа ОЗТ в Таджикистане была начата совсем недавно, имеется необходимость выявления основных препятствий и противоречий, которые могут возникнуть на пути ее предстоящего осуществления и развертывания.

Основные проблемы, препятствия и противоречия

На правовом уровне:

1. В Республике Таджикистан сохранился действующий с советских времен наркологический учет «лиц, страдающих наркологическими заболеваниями». Формальное подтверждение диагноза «наркомания» и постановка на диспансерный наркологический учет, с которого человека не снимают, по меньшей мере, в течение пяти лет, даже если этот человек не употребляет наркотики, влечет за собой серьезные ограничения гражданских, социальных и экономических прав. Так, в Таджикистане, люди с диагнозом «наркомания» не могут усыновить ребенка или принять его под опеку (попечительство); наркозависимые могут быть лишены родительских прав; лицам, состоящим на наркологическом учете, не могут быть выданы водительские удостоверения; появление на работе в состоянии наркотического опьянения (такая формулировка в Трудовом Кодексе РТ не исключает и «наркотического опьянения», вызванного синтетическими опиоидами) является основанием для расторжения трудового договора по инициативе работодателя и т.д. Кроме того, сведения о людях, состоящих на наркологическом учете, передаются органам дознания и следствия, судебным органам и прокурору по их письменным запросам. При нынешних условиях, участие в программе ОЗТ вряд ли будет возможно без постановки на наркоучет, и это будет удерживать людей, потребляющих опиаты и не состоящих на учете, от участия в программе ОЗТ.
2. В настоящее время, по крайней мере, четыре учреждения (Агентство по контролю за наркотиками при Президенте РТ, Министерство внутренних дел, Национальный Центр по мониторингу и профилактике наркомании Министерства здравоохранения и Служба государственного надзора за фармацевтической деятельностью, входящая в схему управления МЗ РТ) наделены полномочиями в области контроля над законным оборотом наркотиков в стране. В связи с этим, есть основания для беспокойств по поводу такой чрезмерно усложненной системы наркоконтроля, благодаря которой значительная часть человеческих и временных ресурсов программы ОЗТ будет отвлекаться на дублирующие друг друга проверки со стороны вышеперечисленных органов, в ущерб качеству оказываемых клиентам услуг.
3. Как сам процесс, так и требования, предъявляемые для получения лицензии на деятельность, связанную с законным оборотом наркотических средств, являются сложными и неадекватными ситуации. Ввиду такой «опиатофобии» ограниченное количество юридических лиц имеют возможность получить лицензию. Это, в свою очередь, может привести к тому, что цены, по которым препараты для ОЗТ будут закупаться и завозиться в страну, могут оказаться значительно завышенными, как это имело место в отдельных странах бывшего СССР.
4. В таджикском законодательстве не существует однозначного ответа на вопрос о том, могут ли неправительственные организации осуществлять программы ОЗТ

в РТ или нет. В Законе «О наркологической помощи» оговаривается возможность оказания наркологической помощи частными наркологическими учреждениями и частнопрактикующими врачами. В то же время, Закон «О частной медицинской деятельности» предоставляет субъектам частной медицинской деятельности право на получение, хранение и использование наркотических средств в медицинских целях лишь в стационарном подразделении. Наконец, Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» гласит, что лечение наркомании, за исключением случаев, установленных законодательством РТ, проводится только в наркологических учреждениях Министерства здравоохранения.

5. Несмотря на то, что не существует каких-либо правовых запретов на использование ОЗТ, в таджикском законодательстве не существует однозначных положений в поддержку ОЗТ. Ни к чему не обязывающая ссылка на «альтернативную замещающую терапию» в Законе «О наркологической помощи» как на одно из оснований для госпитализации в наркологический стационар, является, в большей степени, отражением интересов отдельных профессиональных групп, нежели приверженности делу реформирования системы наркологии и внедрению в нее передовых подходов по лечению наркозависимости.

На программном уровне:

1. ОЗТ вводится в Таджикистане на средства Глобального Фонда и в первую очередь рассчитана на людей с опиоидной зависимостью и ВИЧ-инфекцией/СПИДом, с тем, чтобы минимизировать риск дальнейшей передачи вируса и стабилизировать состояние, обусловленное их основным заболеванием. В то же время, для людей, неинфицированных ВИЧ, ОЗТ будет продолжать оставаться труднодоступной. Нельзя исключить, что в скором времени в Таджикистане, так же как и в других странах с подобной ситуацией, начнут высказываться мнения против такой практики, когда люди с опиоидной зависимостью станут расценивать заражение ВИЧ-инфекцией как единственный, но неприемлемый путь попадания в программу.
2. При определении мест проведения программ ОЗТ в Таджикистане и разработке планов и руководства по заместительной поддерживающей терапии пока не были учтены мнения самих людей с опиоидной зависимостью, хотя их вклад в решение многих вопросов, имеющих решающее значение для общего успеха программы, трудно переоценить. Как показывает опыт других стран региона, такие факторы как легкий доступ к месту проведения программы, удобные часы работы программы, отсутствие «наблюдения» за клиентами со стороны правоохранительных органов, а также атмосфера, в которой проводится программа (наличие решеток, создающих подобие «исправительного» учреждения, соседство с наркологическими учреждениями, не внушающими доверия многим потребителям, то, каким способом персонал программы обеспечивает прием дозы метадона и не допускает ее «утечки» в незаконный оборот и, наконец, само отношение персонала к потребителям

наркотиков), являются крайне важными, и потенциальные участники программы ОЗТ могли бы здесь оказать существенную помощь.

3. Согласно существующим нормативно-правовым документам, предполагается, что оценка программ ОЗТ в Таджикистане будет проводиться структурными подразделениями Министерства здравоохранения. Однако, такие важные методологические аспекты, как применение научно-обоснованных подходов, участие в оценке представителей пользователей наркологических услуг и других заинтересованных сообществ, а также критерии оценки, пока остаются до конца неопределенными. Вовлечение клиентов в программы ОЗТ дает широкие возможности для предоставления им ряда других правовых, психо-социальных и медицинских услуг, и это также подчеркивает необходимость создания мультидисциплинарной команды по оценке и улучшению качества программ ОЗТ.
4. В Таджикистане вопрос о предоставлении ОЗТ в тюрьмах является нерешенным. Клиенты программ ОЗТ при наркологических диспансерах, в случае их осуждения к лишению свободы, вынуждены будут прекратить ОЗТ и пройти принудительное лечение, которое заключается в снятии симптомов отмены, возникающих при отказе от употребления наркотиков.
5. Программы ОЗТ в Таджикистане будут реализовываться на базе наркологической службы, созданной в советское время и изначально ориентированной на выявление, освидетельствование и принудительное лечение потребителей наркотиков, единственной целью которого было достижение полной абстиненции, или так называемой «стойкой ремиссии». В этой связи, без параллельной реформы наркологии и системы обучения и повышения квалификации кадров (в Таджикистане вопрос кадрового дефицита специалистов в области наркологии стоит особенно остро), процесс внедрения ОЗТ может оказаться нерезультативным.

На политическом уровне:

1. В Таджикистане, расходы государственного бюджета на здравоохранение составляют около 1% от ВВП, что вынуждает руководство Министерства здравоохранения при проведении программ ОЗТ полагаться исключительно на донорскую помощь. В таких условиях, даже при имеющейся политической приверженности расширять охват клиентов программами ОЗТ, достижение этой цели будет возможно лишь только при наличии привлеченных извне средств. В результате ограниченности ресурсов, в настоящее время планируется, что к 2014 году количество участников в программе ОЗТ будет доведено всего лишь до 700 человек, - ровно столько, сколько было запланировано бюджетом гранта, полученного от Глобального Фонда. Учитывая оценочный уровень распространенности употребления опиатов среди населения Таджикистана, такой охват является недостаточным и не приведет к значительному снижению темпов роста эпидемии ВИЧ/СПИДа в стране.

Рекомендации по преодолению препятствий для дальнейшего развития программ ОЗТ:

1. С целью успешного внедрения программы ОЗТ, уделить особое внимание созданию благоприятной правовой, программной и информационной среды вокруг нее.
2. Продолжить работу по замене персонифицированного наркологического учета системой регистрации случаев на основе идентификационных кодов. Разработать руководство по применению такой системы и порядку определения статуса зависимости от наркотиков в случаях, когда это является необходимым и оправданным с точки зрения соблюдения прав человека, но при этом не опираясь на наркологический учет. До введения новой системы, добиваться не постановки участников программ ОЗТ на наркологический учет, ссылаясь на гарантированную государством анонимную наркологическую помощь и право пациентов на анонимное лечение, за исключением случаев привлечения их к уголовной или административной ответственности.
3. Включить метадон и бупренорфин в «Национальный список основных лекарственных средств и их синонимов».
4. Определить одну службу, которая будет ответственна за проведение контроля над законным оборотом наркотиков, применяемых в программах ОЗТ. Эта служба должна обеспечить проведение проверок в координации с другими ведомствами и информирование их о результатах проверок.
5. Обеспечить прозрачность процесса поставки метадона для использования в программах ОЗТ в Таджикистане и определить механизм мониторинга закупочных цен на него.
6. Разрешить частными и общественным (неправительственным) наркологическим учреждениям использовать наркотические средства и предоставлять ОЗТ в амбулаторных условиях при индивидуальном разрешении, выданном в соответствии с требованиями законодательства Республики Таджикистан.
7. Увеличить финансирование наркологической службы за счет перераспределения части ресурсов, направляемых на борьбу с незаконным оборотом наркотиков.
8. Продолжать процесс реформирования наркологической службы, а также ввести предмет организации и предоставления ОЗТ в программу обучения медицинских и социальных работников.
9. Расширить охват программами ОЗТ и не допустить превращение их в Таджикистане в проекты без указания даты завершения пилотной стадии, используя при этом как средства из государственного бюджета, так и внешнюю донорскую помощь, и опираясь на детально проработанные планы, где отражены такие аспекты как материальная и финансовая устойчивость, спектр

оказываемых услуг, доступность услуг, набор пациентов, обеспеченность персоналом, обучение персонала, предполагаемые препятствия и риски и меры по их минимизации и другие.

10. Предоставлять ОЗТ не только людям с опиоидной зависимостью и ВИЧ-инфекцией/СПИДом, но и тем, кто зависим от опиоидов, и в то же время не инфицирован ВИЧ/СПИДом. Обеспечить низкопороговый доступ к ОЗТ, рекомендуемый ВОЗ (2009).
11. Проработать механизм передачи заместительного препарата в другие лечебные учреждения, в которые может быть госпитализирован пациент, получающий заместительную терапию.
12. Шире вовлекать людей с опиоидной зависимостью и представителей других заинтересованных сообществ и профессиональных групп в планирование, проведение оценки и работу по дальнейшему улучшению качества программ ОЗТ.
13. Добиться проведения программ ОЗТ в местах лишения свободы. Люди с опиоидной зависимостью, которые до заключения в тюрьму не участвовали в такой программе, также должны иметь право на получение ОЗТ.

● Узбекистан

Описание ситуации

Узбекистан с населением более 27,5 миллионов человек является самой густонаселённой страной в Центрально-азиатском регионе. Количество населения страны имеет положительную динамику роста, составив 1,8% к концу 2008 года по сравнению с предыдущим годом (Государственный комитет РУз по статистике, 2009). Как и остальные страны региона, Узбекистан, соседствуя с Афганистаном, столкнулся с двойной эпидемией злоупотребления наркотиками и ВИЧ. Так, по данным Министерства здравоохранения, к концу 2007 года в республике было зарегистрировано 19868 лиц зависимых от наркотиков. В то же время, согласно оценке проведенной в 2006 году, количество лиц злоупотребляющих наркотиками в Республике составляет 131000 человек, включая 80000 инъекционных потребителей наркотиков (Niaz, 2007). Количество вновь выявленных случаев ВИЧ инфекции продолжает неуклонно расти, кумулятивно составив на 1 января 2009 года более 16500 человек по сравнению со 154 случаями на начало 2001 года. В 2008 году доля парентерального заражения составила около 60% от общего количества ВИЧ инфицированных (Министерство здравоохранения РУз, 2009).

Резкий рост инъекционного наркопотребления и ВИЧ среди ПИН явились для Министерства Здравоохранения Республики основанием для поиска альтернативных методов контроля ситуации. Так, в начале 2000-х годов при содействии международных гуманитарных организаций, специалисты-наркологи, руководители здравоохранения и комитета по контролю за наркотиками ознакомились с методикой опиоидной заместительной терапии, совершив учебные поездки в Индию, Литву, Швейцарию и Гонконг. В результате изучения зарубежного опыта в 2000 году Парламент Республики издал Рекомендации о целесообразности проведения пилотного проекта опиоидной заместительной терапии. Вслед за этим в октябре 2003 года, Государственной комиссией по контролю за наркотиками при Кабинете Министров было принято Постановление «О реализации пилотного проекта по применению заместительной терапии с использованием препарата метадон». На основе этого постановления Министерством здравоохранения РУз был издан приказ о начале пилотного проекта заместительной терапии на базе Ташкентского городского наркологического диспансера, который также утвердил Положение о порядке проведения заместительной терапии в Республике Узбекистан.

После определения источника финансирования и проведения других подготовительных мероприятий, необходимых для начала пилотного проекта заместительной терапии в феврале 2006 года были приняты первые пациенты в программу при использовании препарата Эднок (бупренорфин). В силу того, что метадон, согласно законодательству Республики, входил в список запрещенных наркотических средств, закупка и ввоз препарата потребовали дополнительного времени для получения специальных разрешений и квот. Позже, в октябре 2006 года, было начато выполнение и метадонового компонента пилотного проекта. Уже к февралю 2007 года в единственном пункте в Ташкенте при финансировании Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией

заместительную терапию бупренорфином и метадоном получали 147 пациентов, включая 82 ВИЧ-инфицированных пациентов, 34 из которых получали АРВТ (Subata et al., 2007).

Начало проекта заместительной терапии и дальнейшая его реализация сопровождались сопротивлением главного нарколога Министерства здравоохранения РУз и ряда других консервативно-настроенных специалистов. Суть их аргументов против ОЗТ сводилась к тому, что, якобы, выдача легального наркотика в замен отказа от нелегального является неэтичным методом помощи, так как он поощряет сохранение зависимости от опиатов. Кроме того, по убеждению этих оппонентов ОЗТ, цель лечения наркозависимости должна быть направлена только на полный отказ от любых психоактивных веществ.

В 2007 году эксперты ВОЗ провели оценку пилотного проекта с целью выработки рекомендаций по усилению услуг заместительной терапии в Узбекистане. В своём отчёте они отметили ряд моментов, демонстрирующих улучшение ряда индикаторов по сравнению с состоянием до начала пациентами терапии, в основном в вопросах связанных с отказом от употребления наркотиков, снижением уровня преступности и криминальных действий пациентов, принимающих ОЗТ. В тоже время они отметили невозможность проведения глубокого анализа результатов пилотного проекта, так как рекомендованные ВОЗ формы для мониторинга и оценки состояния участников не были использованы командой пилотного проекта с надлежащей систематичностью. Тем не менее, было рекомендовано расширить доступность ОЗТ в стране за счёт открытия других пунктов в некоторых районах страны с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой, а также устранения недостатков, возникших в период реализации пилотного проекта (Subata et al., 2007). Эти недостатки ниже будут обсуждены в разделе, описывающем барьеры для развития ОЗТ в стране.

Позже в 2008 году Министерством здравоохранения была проведена оценка результатов пилотного проекта. Проведение данной оценки было поручено главному наркологу страны, которая как уже ранее отмечалось, была одной из основных оппонентов внедрения проекта заместительной терапии в стране. Результаты этой оценки были представлены на встрече партнёров, включая государственные структуры, неправительственные и международные организации, работающие в сфере профилактики ВИЧ и наркозависимости. По сообщению присутствовавших на данном заседании представителей международных организаций, презентация отчёта об оценке пилотного проекта ОЗТ состояла преимущественно из негативных моментов, часто отражала субъективные мнения и вольную интерпретацию фактов (Султанов, 2009).

В середине весны 2009 года, в Правительстве неожиданно был поставлен вопрос о целесообразности дальнейшего продолжения проекта ОЗТ в Ташкенте. Данному событию предшествовало участие узбекской делегации на 52-ой Сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам. Срочно была создана межведомственная рабочая группа для разработки рекомендаций по целесообразности дальнейшего продолжения проекта заместительной терапии. Данная рабочая группа включала в себя представителей Министерства здравоохранения, Министерства внутренних дел, Генеральной прокуратуры, Национального информационно-аналитического центра по контролю за наркотиками при Кабинете Министров и ряда других государственных ведомств. К маю 2009 года рабочей группой было принято решение о нецелесообразности проведения ОЗТ в стране. Месяц

спустя, Министерство здравоохранения распространило письмо среди международных организаций, информирующее о решении рабочей группы и официальном завершении проекта. 25 июня 2009 года пациенты закончили принимать заместительные препараты, предварительно снижая их ежедневные дозы в течение месяца.

Входеконсультативного совещания «Политика по контролю наркотиков и общественное здравоохранение», организованного УНП ООН 18 августа 2009 года в г. Ташкенте, участники данного мероприятия обратились к представителям Министерства здравоохранения с просьбой поделиться отчётом рабочей группы, которая дала рекомендации о прекращении заместительной терапии в Ташкенте, для ознакомления с методологией оценки и сутью сделанных заключений. Это позволило бы сравнить использованные подходы с принятыми в международной практике стандартами. К сожалению, в просьбе было отказано «в связи с тем, что отчёт носил характер документа для служебного пользования».

Основные проблемы, препятствия и противоречия

На правовом уровне:

1. Законодательство Республики Узбекистан напрямую не разрешает и не запрещает проведение опиоидной заместительной терапии. В законодательстве имеются противоречия, осложняющие внедрение инновационных подходов в лечении и профилактике заболеваний. Так, Закон Республики Узбекистан «О наркотических средствах и психотропных веществах» указывает, что для лечения больных наркоманией могут применяться методы лечения, не запрещённые Министерством здравоохранения РУз. Данная статья закона позволяла до последнего времени реализовывать проект ОЗТ в Ташкенте. Но в другом Законе «Об охране здоровья граждан» указывается что, «...в системе здравоохранения используются только разрешенные к применению в установленном законодательством порядке средства профилактики, диагностики и лечения», и это в свою очередь исключает возможность применения ОЗТ только на основании вышеуказанной статьи Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах». Препарат «метадон» согласно законодательству Республики Узбекистан включен в Список 1, т.е. список наркотических средств, оборот которых запрещён в стране.
2. Имеется законодательно-обусловленная система учёта и регистрации больных наркоманией при обращении в наркологическую клинику. Хотя Законом «Об охране здоровья граждан» гарантируется конфиденциальность персональной информации пациентов, имеется ряд подзаконных актов требующих от наркологической системы обмена информацией с правоохранительными органами для предупреждения «социальной угрозы», исходящей от больных наркоманией и алкоголизмом. Так, наркологические диспансеры обязаны ежемесячно сверять списки пациентов, поставленных на учёт, со списками местных органов внутренних дел. Эта практика делает невозможным обеспечение конфиденциальности персональной информации, гарантированной законодательством страны. Постановка

на наркологический учёт в последствии может стать причиной лишения родительских прав, отказа в выдаче водительских удостоверений, а также в приёме на работу по ряду специальностей. Эти ограничения прав также противоречат Закону «Об охране здоровья граждан», который в Статье 13 гарантирует защиту от дискриминации, независимо от наличия у них любых форм заболеваний.

3. Перспектива быть привлечённым к принудительному лечению согласно Закону «О принудительном лечении больных хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией» после постановки на учёт, в связи с участием в программе ОЗТ и в случае последующего возможного исключения из ОЗТ, отпугивает многих потенциальных пациентов от контакта с официальной наркологией.
4. Участие в заместительной терапии может ограничить свободу передвижения пациентов, так как они, согласно принятым нормам, были обязаны ежедневно посещать наркологическую клинику для получения очередной дозы заместительного препарата. Выдача на дом заместительного препарата была запрещена; также законодательно не проработан механизм передачи заместительного препарата в другие лечебные учреждения, в которые может быть госпитализирован пациент, получающий заместительную терапию.
5. Закон Республики Узбекистан “О наркотических средствах и психотропных веществах” запрещает пропаганду наркотических средств, включая распространение сведений о способах их использования. Это обстоятельство значительно ограничивает возможность информирования целевой аудитории (включая потенциальных пациентов ОЗТ и их близких) о вопросах, касающихся ОЗТ.

На программном уровне:

1. Отсутствие эффективной системы методологической поддержки исполнителей проекта ОЗТ. В силу того, что наркологическое лечение в стране имеет традиционно низкое качество и эффективность, внедрение новаторских подходов в наркологии, предполагающих более широкое социальное и психологическое сопровождение пациентов, очевидно, требует более интенсивного и сфокусированного технического содействия, нежели это было предложено ВОЗ и другими международными организациями.
2. Слабая организация системы мониторинга и оценки результатов проекта. По свидетельству экспертов ВОЗ, исполнители проекта не использовали должным образом рекомендованные ими формы для регистрации изменений в био-психо-социо-поведенческих характеристиках пациентов в динамике. Это не позволило выявить возможные улучшения в состоянии пациентов, что можно было бы использовать для сравнения с результатами других стран и обоснованной адвокации ОЗТ в самом Узбекистане.
3. Проведение оценки эффективности программы оппонентами заместительной терапии, с применением научно-необоснованных критериев и методов оценки, по крайней мере, неэтично с профессиональной точки зрения.

4. Сфокусированность адвокационных действий только на чиновниках ограничивает возможности программы. Сложилась ситуация когда чиновники, после долгих и упорных лет подготовки, информирования и обучения, начавшие оказывать поддержку внедрению ОЗТ, лишались возможности влиять на ситуацию в связи с переходом на другие работы. Это отбрасывало планы по реализации проекта на неопределённое время.
5. Сфокусированность наркологической системы на достижении полной абстиненции от любых наркотиков, как на единственной приемлемой цели, является инерционным пережитком советского подхода к наркологическим заболеваниям. Несмотря на это, идеологическая подоплёка решений в пользу того или иного вмешательства всё ещё является актуальным фактором в Узбекистане.
6. Несостоятельность существующих мер предупреждения незаконного выноса заместительных препаратов пациентами программы проявилась, в ряде случаев, в форме утечки бупренорфина в незаконный оборот. Это обстоятельство сильно дискредитировало программу в глазах лиц, принимающих решения, включая представителей правоохранительных органов.
7. Неудобство режима работы программы ОЗТ для многих пациентов. Так, пациенты, живущие вдали от пункта заместительной терапии и проделывающие ежедневно путь длительностью до 1,5 часов в одну сторону для получения дозы препарата, зачастую просто могли не успеть прибыть ко времени, когда выдавались медикаменты.
8. Слабая система подготовки медицинских специалистов в области лечения наркоманий, психологов, психотерапевтов и социальных работников, которая до сих пор не включает адекватной информации по вопросам ведения пациентов с ВИЧ и наркоманиями, заместительной терапии.
9. Преследование пациентов наркологических клиник, включая участников программ ОЗТ, со стороны милиции, в значительной мере подрывает хрупкую связь и доверие, установившиеся между лечебным учреждением и пациентами.

Рекомендации по преодолению препятствий для дальнейшего развития программ ОЗТ:

1. Продолжить диалог с Правительством страны, направленный на развитие понимания сущности ОЗТ и ее важности в предупреждении генерализации эпидемии ВИЧ.
2. Международные программы и организации, оказывающие гуманитарную и техническую поддержку Узбекистану и содействующие развитию услуг в сфере профилактики ВИЧ инфекции и лечения наркозависимости, для успешности внедрения ОЗТ должны исходить из необходимости комплексного развития всей системы наркологической помощи в стране, отказавшись от изолированного внимания к ОЗТ.

3. При внедрении инновационных для страны программ, таких как ОЗТ, обеспечить наличие качественной научно-методологической поддержки для исполнителей этих программ. Международные агентства должны содействовать повышению технического потенциала научно-практических сотрудников профильных высших учебных и научных заведений страны для создания местного экспертного ресурса в области ОЗТ, для обеспечения адекватного научного сопровождения новых проектов. Необходимо содействовать развитию системы подготовки кадров в области лечения наркозависимости на до- и последипломном этапах с включением предмета организации ОЗТ в программы обучения.
4. Разработать эффективную систему оценки результативности лечения наркозависимости, базирующуюся на лучших мировых практиках. Для повышения объективности проводимых оценок ОЗТ и любого другого вида вмешательств, Министерству здравоохранения необходимо организовывать группы исследователей/ команды по оценке, включающие в себя представителей различных дисциплин.
5. Содействовать развитию обществ, объединяющих наркологических пациентов и их родственников, с наделением полномочий осуществления общественного надзора над качеством оказываемой лечебно-профилактической помощи. Привлечение представителей подобных обществ к разработке, реализации и оценке наркологической лечебно-профилактической помощи, должно содействовать повышению качества эффективности этих вмешательств.
6. Содействовать дальнейшему совершенствованию правового регулирования в области лечения наркозависимости, с целью обеспечения защиты прав пациентов с наркологическими заболеваниями, в том числе защиты персональной информации при обращении за лечебно-профилактической помощью. Также, необходимо устранить вышеперечисленные правовые барьеры, препятствующие эффективной реализации ОЗТ.
7. Расширить фокус адвокационных действий по ОЗТ и направить его помимо чиновников, регулирующих в данный момент вопросы лечения наркозависимости, на других людей, не вовлеченных в процесс принятия решений, но имеющих научные и другие профессиональные статусы в области психиатрии, психологии, неврологии и наркологии. Это позволит расширить круг профессионалов, имеющих научно- подтвержденные сведения, касающиеся ОЗТ, и которые в последствии смогут формировать адекватное отношение к вопросу среди специалистов.

Заключение

Правительства Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана приняли решение о внедрении программ ОЗТ, однако существует ряд препятствий на пути к их дальнейшему развитию. Во всех странах региона нормативно-правовые документы, касающиеся ОЗТ, принимаются с учетом краткосрочных целей. В некоторых случаях имеются противоречия между различными законодательными актами, которые касаются вопросов лечения наркозависимости. В Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане ОЗТ была введена приказами министерств и ведомств. Ни в одной из стран региона не существует законодательных гарантий со стороны государства в отношении доступа людей с опиоидной зависимостью к ОЗТ, что может повлиять на устойчивость программ. За исключением Кыргызстана, ни в одной стране метадон и бупренорфин не были включены в список основных лекарственных средств. С целью дальнейшего обеспечения устойчивости программ ОЗТ необходимо внести метадон и бупренорфин в национальные списки основных лекарственных средств, а также определить на уровне законодательства важнейшие аспекты, связанные с предоставлением ОЗТ.

Ни в одной из стран Центральной Азии уровень доступа наркозависимых к программам ОЗТ не достиг 5 % от оценочного количества ПИН (Mathers et al, 2008), в то время как любой уровень охвата ниже 20% считается низким (ВОЗ, УНП ООН, ЮНЕЙДС, 2009).

Одним из факторов, ограничивающим развитие программ ОЗТ, является существующая система регистрации пациентов с наркотической зависимостью, при которой информация о них может быть передана за пределы системы здравоохранения. Для привлечения пациентов необходимо строгое соблюдение конфиденциальности информации.

В странах региона используются достаточно узкие показания к предоставлению ОЗТ. Одним из условий принятия в программу являются безуспешные попытки лечения, которые были предприняты пациентом в прошлом, что не соответствует рекомендациям руководства по лечению опиоидной зависимости, предлагаемого ВОЗ (2009). Показания к ОЗТ должны быть изменены в соответствии с рекомендациями ВОЗ (наличие опиоидной зависимости и информированное согласие пациента). Еще одним важным фактором, способствующим приверженности пациентов, является возможность выдачи препарата на дом на срок до нескольких дней. Для успешного развития программ необходимо

разрешение для проведения ОЗТ более широкому спектру учреждений – врачам общей практики, учреждениям, занимающимся лечением ВИЧ/СПИДа, негосударственным лечебным учреждениям, а также в пенитенциарной системе. Единственной страной в Центральной Азии, где ОЗТ проводится в центрах семейной медицины и в пенитенциарной системе, является Кыргызстан. В Казахстане и Таджикистане проведение ОЗТ является прерогативой специализированных медицинских учреждений, и это может привести к ограничению доступа нуждающихся к лечению. Обратная связь от пациентов и членов их семей в настоящее время редко используется для улучшения качества программ ОЗТ. Вовлечение пациентов в процесс проведения мониторинга и оценки программ приведет к значительному улучшению качества программ.

Оценка эффективности программ и их техническая поддержка особенно важны на пилотной стадии программ ОЗТ, так как они привлекают повышенное внимание со стороны политиков, общественности, специалистов, представителей законодательной и исполнительной власти. Для преодоления негативного отношения к программам ОЗТ необходимо документирование данных об их эффективности. Очень важно оказывать техническую и финансовую поддержку в области оценки результатов внедрения ОЗТ. Кроме того, существует дефицит профессиональной литературы на русском языке и на национальных языках стран Центральной Азии, где бы описывались различные аспекты организации и проведения лечения опиоидной зависимости с применением ОЗТ. Большинство публикаций на русском языке, размещенных на интернет-сайтах, негативно отзываются об ОЗТ, что в свою очередь связано с политической оппозицией к программам ОЗТ в России и никак не соответствует современным научным данным, доказывающим их более высокую эффективность по сравнению с другими методами лечения опиоидной зависимости. Необходимы усилия по увеличению доступной современной литературы по ОЗТ и ее переводу на русский и национальные языки, а также работа со СМИ для преодоления мифов и неправильных представлений об ОЗТ.

Одной из важнейших задач является долгосрочное и полномасштабное финансирование программ ОЗТ. В настоящее время финансирование программ в странах региона происходит исключительно за счет средств Глобального фонда, при этом собственные средства стран не привлекаются и в значительной мере расходуются на борьбу с незаконным оборотом наркотиков. Необходимо проводить работу с Национальными координационными комитетами и основными реципиентами, чтобы заложить достаточное финансирование для расширения программ ОЗТ. Для обеспечения долгосрочной устойчивости программ ОЗТ, необходимо лоббирование их финансовой поддержки со стороны национальных правительств.

Во всех странах региона прослеживается еще одна важная тенденция. Вне зависимости от позиции международных организаций и доноров, программы ОЗТ демонстрируют наибольшую эффективность и привлекают самое большое число пациентов в тех странах, где специалисты-наркологи сами активно поддерживают заместительную терапию и где внедрение ОЗТ является составным элементом реформы системы наркологии в целом. В странах, где наркологи выступают против ОЗТ или занимают выжидательную позицию, программы ОЗТ не осуществляются вообще, либо закрываются, либо остаются

на стадии пилотных проектов. Необходимо направить усилия на скорейшую реализацию в Центральной Азии современных подходов в области наркологического лечения, среди которых наиболее эффективным в настоящее время признается опиоидная заместительная терапия в комбинации с психосоциальной поддержкой.

Список литературы

Абдуллоев, М., Рачабов, А., и Шабонов, Г. (2009). Анализ эпидемиологической ситуации и ответных мер по данным системы второго поколения эпидемиологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков, Таджикистан, 2008 год. Душанбе, 22-23 мая 2009 года

Айзберг, О. (2008). *Опиоидная заместительная терапия в некоторых странах Восточной Европы и Центральной Азии*. Международное общество по борьбе со СПИДом, Евразийская сеть снижения вреда. Доступно на: http://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/19Jan-Final-OST%20Overview_RUS_Jan%209%202%20_2_.pdf

АКН. (2009). Обзор о наркоситуации в Республике Таджикистан за 2008 год. Душанбе: Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан, ОБСЕ.

Асанов, Т., и Парпиева А. (2005). Анализ программы заместительной терапии в Кыргызской Республике. *Вопросы наркологии Казахстана*, 5(2), 7-24. Доступно на: www.rncenter.kz/2-2005.pdf

ВОЗ, УООННП, ЮНЭЙДС. (2004). *Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС: Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*. Всемирная Организация Здравоохранения, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу. Доступно на: http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_Russian.pdf

ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС. (2009). *Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков*. Всемирная Организация Здравоохранения, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу. Доступно на: http://www.who.int/hiv/pub/idu/who_unodc_unaids_target_settings_rus.pdf

Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике. (2009). Основные показатели социально-экономического развития Республики Узбекистан в 2008 году. Доступно на: <http://www.stat.uz/STAT/index.php?lng=2&event=1630>

Керими, Н. (2009). Доступность опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане: Текущая ситуация и следующие шаги. 4-ый Центрально-азиатский форум партнеров по вопросам ВИЧ инфекции, 10-11 ноября 2009, Алматы, Казахстан

Международное общество по борьбе со СПИДом. (2008). *Расширение доступа к опиоидной заместительной терапии для потребителей инъекционных наркотиков в странах Восточной Европы и Средней Азии*. Саммит в Ялте, 17 – 18 октября 2008 года. Доступно на: <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pagelid=160>

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. (2009). Статистические данные о ВИЧ\СПИД.

Правительство Кыргызской Республики. (2007). *Выполнение Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (UNGASS). Страновой отчет*. Доступно на: <http://www.carisa.info/files/00000107.pdf>

Правительство Республики Таджикистан. (2002). Стратегический план предотвращения угрозы распространения ВИЧ/СПИД на период 2002-2005 гг. Утвержден постановлением Правительства Республики Таджикистан от 01 октября 2002 года № 389

Правительство Республики Таджикистан. (2007). *Концепция перехода Республики Таджикистан к устойчивому развитию*. Утверждена постановлением Правительства

Республики Таджикистан от 01 октября 2007 года, № 500. Доступно на: http://www.untj.org/files/reports/Concept_on_SD_rus.pdf

Республиканский Центр по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД. (2009). Распределение ВИЧ-инфицированных по путям передачи. Национальный Координационный Комитет по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан. Доступно на: http://www.ncc.tj/index.php?option=com_content&task=view&id=50&Itemid=

Страновой Многосекторальный Координационный Комитет по социально значимым и особо опасным инфекционным заболеваниям при Правительстве Кыргызской Республики. (2009). Эпидемиологическая ситуация в Кыргызской Республике. Доступно на: <http://www.aids.gov.kg/ru/>

Султанов, М. (2009). Региональный Советник по ВИЧ/СПИД Представительства УНП ООН в Центральной Азии. Персональная коммуникация с одним из авторов (А. Болтаев).

Beyrer, C., Patel, Z., Stachowiak, J., Tishkova, F., Stibich, M., Eyzaguirre, L., Carr, J., Mogilnii, V., Peryshkina, A., Latypov, A., & Strathdee, S. (2009). Characterization of the emerging HIV type 1 and HCV epidemics among injecting drug users in Dushanbe, Tajikistan. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 25(9), 853-860.

Cook, C., & Kanaef, N. (2008). *Global state of harm reduction 2008. Mapping the response to drug-related HIV and Hepatitis C epidemic*. London: International Harm Reduction Association.

IHRA. (2009). The global state of harm reduction. Available at: http://www.ihra.net/Assets/1616/1/2009-04_GlobalState_HarmReduction2009.pdf

IHRD. (2008). *Harm reduction developments 2008: Countries with injection-driven HIV-epidemic*. New York: International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute. Available at: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/developments_20080304/developments_20080304.pdf

Latypov, A. (2009). Understanding post 9/11 drug control policy and politics in Central Asia. *The International Journal of Drug Policy*, 20(5), 387-391.

Lawrinson, P., Ali, R., Buavirat, A., Chiamwongpaet, S., Dvoryak, S., Habrat, B., Jie, S., Mardiaty, R., Mokri, A., Moskalewicz, J., Newcombe, D., Poznyak, V., Subata, E., Uchtenhagen, A., Utami, D.S., Vial, R., & Zhao, C. (2008). Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103(9), 1484-92.

Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A., Mattick, R., for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and injecting drug use. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet*, 372(9651), 1733-45.

Moller, L., Karymbaeva, S., Subata, E., & Kiaer, T. (2009). *Evaluation of patients in opioid substitution therapy in the Kyrgyz Republic*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Available at: www.euro.who.int/Document/E92641.pdf

Niaz, K. (2007). Assessment of problem drug use in Central Asia, UNODC GAP Study. Central Asian Conference on Sentinel Epidemiological Surveillance. Bishkek, 2007

Shields, A. (2009). *The effect of drug user registration laws on people's rights and health: Key findings from Russia, Georgia and Ukraine*. New York: International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, Assessment in Action Series. Available at: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf

Stachowiak, J., Stibich, M., Tishkova, F., Mogilnii, V., Latypov, A., Strathdee, S., & Beyrer, C. (2006). Experiences with drug treatment among injecting drug users in Dushanbe, Tajikistan. 17th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Vancouver, April - May 2006

Subata, E., Moller, L., Kharabara, G., & Suleimanov, S. (2007). *Evaluation of pilot opioid substitution therapy in the Republic of Uzbekistan*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Utyasheva, L., & Elliott, R. (2009). Effects of UN and Russian influence on drug policy in Central Asia. In *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs."* New York: Open Society Institute Public Health Program. Available at: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/atwhatcost_20090302

WHO. (2005). Model list of essential medicines. 14th edition. World Health Organization. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_eng.pdf

WHO. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

UNAIDS. (2007). *Policy brief: The greater involvement of people living with HIV (GIPA)*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Available at: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1299-PolicyBrief-GIPA_en.pdf

UNAIDS. (2008). *Report on the global AIDS epidemic*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Available at: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp

UNODC ROCA. (2007a). *Compendium of drug related statistics, 1996-2007*. Tashkent: UNODC Regional Office for Central Asia. Available at: http://www.dbregional.info/filebox/5/stat_compendium_en.pdf

UNODC ROCA. (2007b). *Illicit drug trafficking in Central Asia*. Tashkent: UNODC Regional Office for Central Asia. Available at: <http://www.dbregional.info/filebox/20/Trends Central Asia final.pdf>

UNODC ROCA. (2008). *Compendium of drug related statistics, 1997-2008*. Tashkent: UNODC Regional Office for Central Asia. Available at: http://www.unodc.org/images/uzbekistan/pubs/Compendium08_final.pdf



www.harm-reduction.org