

## Замісна підтримувальна терапія для наркозалежних в Україні

С. В. Дворяк, Г. А. Пріб, В. В. Штенгелов

*Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я*

**Актуальність.** Спеціальні соціологічні дослідження оцінюють розмір групи СН в Україні від 325 до 425 тис. осіб (екстенсивний показник становить 687,4–898,9 на 100 тис. населення) [1], у свою чергу близько 90% СН страждають на залежність від опіоїдів [2]. В останні два роки з'явилися позитивні ознаки того, що популярність ін'єкційної поведінки серед молоді знижується [2–4]. Проте найбільш ризикованою групою серед наркоспоживачів на теперішній час остається група із тривалістю вживання опіоїдів від 3 до 5 років та більше [5–7]. Питання надання медико-соціальної допомоги саме цій групі наркоспоживачів залишається пріоритетним [8]. Відомо, що споживачі ін'єкційних наркотиків залишаються основним ресурсом підтримки розвитку епідемії ВІЛ/СНІД в Україні.

Згідно з офіційними даними МОЗ [9–10], на 1 червня 2009 року чисельність людей, які перебувають в Україні на диспансерному обліку з приводу ВІЛ/СНІД, становить 94,442 тис. (екстенсивний показник становить 204,5 на 100 тис. населення) [9]. Але спеціальні оцінки у 2005 році

свідчать про близько 377 тис. дорослих жителів України, інфікованих ВІЛ (екстенсивний показник становив приблизно 1500 на 100 тис. населення) [11–12].

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД [13], у період 1987–2009 років зареєстровано 149 663 випадки інфікування ВІЛ. Близько 51% цих випадків пов'язано зі споживанням ін'єкційних наркотиків. Встановлено, що СН складають більшість людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ) — близько 60–70% [13]. Епідемія ВІЛ/СНІД в Україні поширюється головним чином за рахунок ВІЛ-інфікованих СН [13]. В останні роки другим потужним шляхом розповсюдження ВІЛ/СНІД в Україні стає статевий шлях. Проте, як свідчить аналіз, джерелом зараження ВІЛ переважно стають саме СН, які є статево активною частиною населення [14].

Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я [15], в країнах, де епідемія переважно поширюється завдяки ін'єкційному споживанню наркотиків, головним чинником, що може позитивно вплинути на запобігання розповсюдженню ВІЛ/СНІД, є лікування наркозалежності, де найбільш ефектив-

ним методом вважається ЗПТ [16–17]. Проте, незважаючи на численні наукові дані та офіційні рекомендації авторитетних міжнародних організацій щодо застосування ЗПТ метадоном і бупренорфіном [16–19], цей метод досі сприймається як контрверсійний та викликає суперечки серед різних верств населення, навіть серед фахівців — лікарів-психіатрів та наркологів.

Така ситуація не є унікальна для України. Так, за результатами досліджень американських вчених [20], встановлено, що, «незважаючи на безперечні докази ефективності ЗПТ в лікуванні розладів, викликаних вживанням опіоїдів, існує велика кількість перешкод на шляху впровадження цього методу лікування навіть у США, де його застосовують з 1965 року». В Україні історично внаслідок відсутності традиції надавати медико-соціальну допомогу, спираючись на дослідження науковців із високим рівнем доказів фактів, переважає ухвалення рішень на підставі апелювання до так званого здорового глузду, який дуже часто є нічим іншим, як сумішшю поширених забобонів, невігластва та примітивної ідеології.

Крім «історичних перепон» при впровадженні ЗПТ в Україні виникають питання, які насправді є не лише медичними, а й глибокими, значною мірою філософськими, а саме:

- по-перше, чи винен пацієнт у своїй хворобі, чи не сам він її собі спричинив і через це чи не вартий він осудження та покарання;
- по-друге, якою мірою людина відповідає за свої вчинки, наскільки її воля керована і коли є приклади того, що дехто може повністю підкорити собі власні бажання та потреби і діяти за певним кодексом, то і всім людям можна ставити однакові завдання і вимагати від них дотримання загальних норм поведінки.

Існує дві протилежні думки та відповідно дві великі групи людей у суспільстві що їх поділяють. Одні ставляться до проблеми суто професійно і вважають, що наркозалежність — хронічна хвороба, при якій хворий не в змозі керувати своїми потягами і контролювати себе в тому, що стосується споживання наркотичних речовин, а тому треба діяти прагматично і намагатися допомогти хворому всіма способами, які довели свою ефективність. При цьому дана позиція обґрунтовується науковими даними та клінічними фактами. Представники другої групи впевнені, що наркозалежні — розбещені та

погано виховані люди, які після певного медичного та психологічного втручання можуть «взяти себе в руки» і бути «такими, як усі». Лікарі-наркологи, що належать до даної групи, вважають, що основним їх завданням є перевиховання своїх пацієнтів, зміна їхніх життєвих орієнтирів, смаків і поведінки. Основною метою вважається відмова від наркотиків, навіть якщо для цього необхідно зруйнувати деякі зони мозку пацієнта [21]. Таким чином, на наш погляд, однією із головних проблем є те, що як і фахівці (лікарі-наркологи), так і майже абсолютна більшість пересічних громадян впевнені, що метою лікування наркозалежного має бути лише абстиненція.

Сучасна наркологічна наука на підставі досліджень відокремлює два значущих факти при вживанні наркотиків: факт наявності залежності від певного наркотику й факт існування пов'язаних із залежністю проблем. Проте ці факти внаслідок міцного стійкого причинно-наслідкового зв'язку (залежність породжує проблеми, усунення залежності їх припиняє) не завжди розділяються на практиці. Тому у сучасній парадигмі надання наркологічної допомоги новітньою тезою є підхід, за якого основним завданням лікаря — допомогти пацієнту боротись із наслідками, викликаними зловживанням наркотиків, лікувати розлади, що вже виникли, а не оцінювати та виправляти його «моральний стан» [22].

Наукові дослідження свідчать, що у хворих на опіїдну залежність смертність у 13 разів вище, ніж у однолітків без залежної поведінки [23]. Але безпосередньо до смерті, окрім дії опіоїдів, призводять наступні чинники:

- недостатність інформації стосовно вживання опіоїдів та як наслідок — передозування;
- відсутність у СН доступу до ефективних засобів швидкої допомоги при передозуванні (йдеться про налоксон);
- смерті від СНІД, туберкульозу, гепатиту, травмування, септичних станів тощо;
- життя у маргінальному, напівкримінальному середовищі, що обмежує доступ до медико-психологічної та соціальної допомоги.

Виходячи із вищевикладеного, **метою даного дослідження** стала оцінка стану впровадження ЗПТ для наркозалежних в Україні як такого методу, що впливає на вищевикладені фактори. Виходячи із мети основним **завданням** визначено — запропонувати шляхи по-

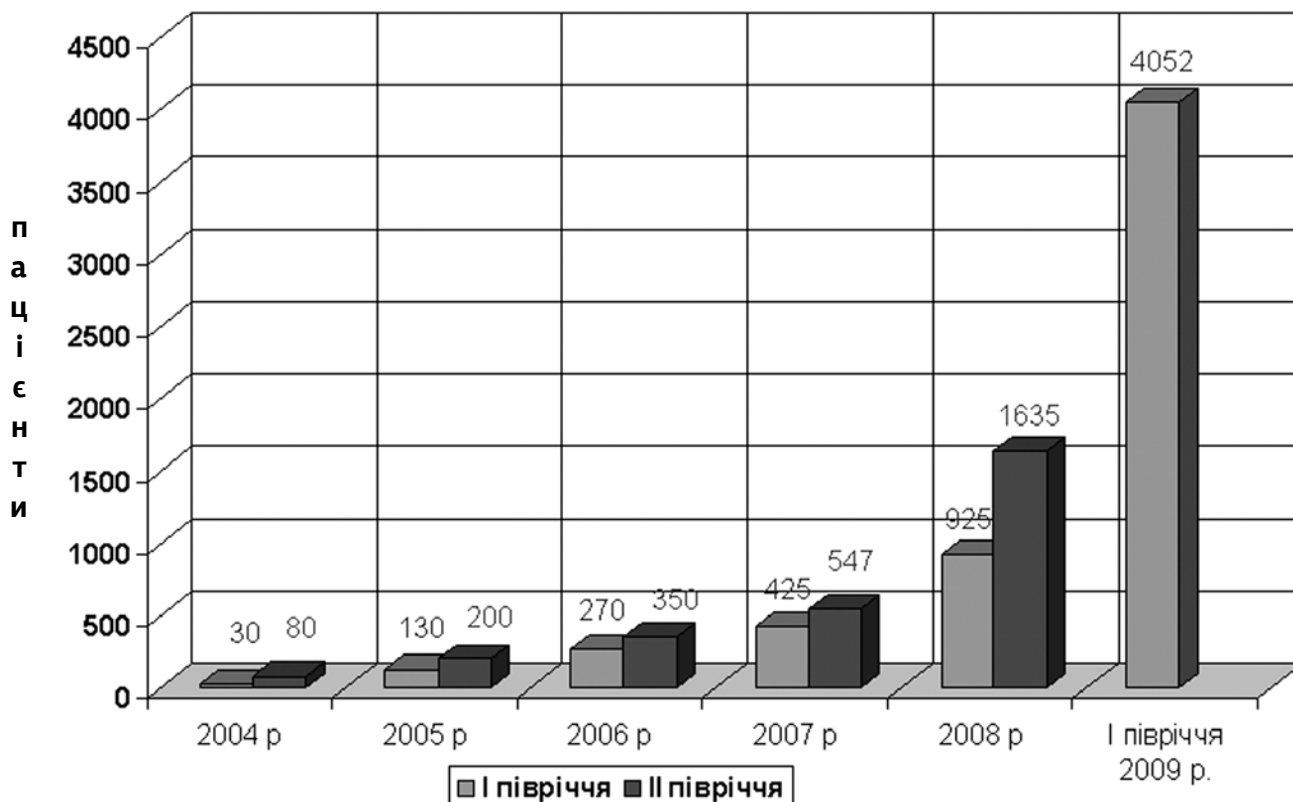
ліпшення впровадження ЗПТ для наркозалежних в Україні.

**Результати та їх обговорення.** За даними спільного звіту ВООЗ/ УООННЗ /ЮНЕЙДС [23], 30–40% СІН із залежністю від опіоїдів повинні мати доступ до замісної терапії, щоб вплинути на розвиток обох епідемій — наркоспоживання та ВІЛ-інфекції. Для України, де оціночна кількість СІН складає 300–420 тис., потреба у ЗПТ складає 60–200 тис. курсів. Розрахункова кількість СІН в країні становить 300 тис. Для досягнення показників лікування у ЗПТ рівня Європейського союзу (25% наркозалежних від опіоїдів, переважно героїну, перебувають на лікуванні) потрібно забезпечити лікуванням щонайменше 75 тис. хворих. Але на теперішній час в Україні нараховується лише 4 тис. осіб, які отримують ЗПТ, тобто трохи більше 5% від потрібної кількості й всього 1,3% від розрахункової кількості СІН.

За результатами власних досліджень [24] встановлено, що ці показники є низькими, а головною причиною низького доступу наркозалежних до ЗПТ визначено низьку мотивацію

у цьому напрямку представників наркологічної та в цілому медичної служби. Фінансування витрат на медичну допомогу здійснюється в такий спосіб, що лікарі не зацікавлені в підвищенні кількості пацієнтів. Держава фінансує установи (ліжка), а не надання послуг. Аналіз стримуючих чинників щодо поширення ЗПТ дозволив розробити механізм фінансування, який збільшив зацікавленість лікарів щодо залучення наркозалежних у програми ЗПТ. Так, виконавці проектів ЗПТ на місцях отримують кошти відповідно до кількості наданих послуг, тобто медичний персонал отримує оплату за лікування кожного пацієнта. Даний підхід суттєво змінив ситуацію та забезпечив дійсне охоплення терапією наркозалежних. Перші пілотні проекти ЗПТ почались у 2004 році, коли ЗПТ бупренорфіном отримало близько 80 пацієнтів у двох містах України. На кінець першого півріччя 2009 року в Україні понад 4 тисячі СІН лікується метадоном та бупренорфіном.

Динаміку залучення наркоспоживачів у ЗПТ в Україні за період 2004–2009 років відображено на рисунку.



Динаміка залучення наркоспоживачів у програму ЗПТ

**Бенефіціари.** На теперішній час в Україні один наркозалежний споживач опіатів в середньому витрачає щодня близько 100 грн на придбання наркотику. Зараз лікування отримують близько 4 тис. осіб. Таким чином, розрахункові показники наступні:  $100 \times 4000 = 400\,000$  тис. грн/день. Стільки щодня недоотримає наркобізнес завдяки впровадженню ЗПТ в Україні. Водночас, якщо враховувати непрямі втрати (відомо, часто, щоб отримати свої середні 100 грн на наркотики, СІН має нанести шкоду суспільству в значно більшому розмірі), навантаження економічних втрат зростає у десять разів. Наприклад, з автомобіля вкрали ноутбук, при цьому було розбито скло. За цей ноутбук наркоспоживач отримав близько 100–150 доларів США, хоча володарю він коштував понад тисячу, плюс ремонт пошкодженої машини близько 250 доларів. І це не враховуючи збитків від втрати даних, що були у вкраденому комп'ютері. Співвідношення 1:10 можна вважати універсальним. Тобто, якщо наркобізнес недораховується 400 тис. грн на день, то суспільство зберігає близько 4 млн грн на день.

Окрім того, відомо, що завдяки ЗПТ значно знижується ризикована поведінка. За даними Українського інституту досліджень політики щодо громадського здоров'я (УІДПГЗ) [24–26], ін'єкційна активність пацієнтів зменшується в 10–12 разів, що повністю підтверджує результати попередніх досліджень американських науковців (D. Metzger, A. Moss, J. Ball) [27] стосовно зменшення ризику зараження ВІЛ. Зараз в Україні нараховується 4000 СІН, які є клієнтами програм ЗПТ. З них 51%, тобто 2040, вражені ВІЛ. Решта — 1960 осіб — залишаються неінфікованими. Якби вони не отримували ЗПТ, судячи із динаміки розповсюдження СПІД/ВІЛ, за рік інфікувалося б ВІЛ не менш як 12%, або приблизно 235 осіб [24–26]. Завдяки ЗПТ рівень сероконверсії зменшується на дві третини [27]. Це означає, що постраждає лише 78 осіб. Різниця за один рік становить 157 чоловіків і жінок, які не будуть інфіковані.

За даними американських дослідників [28], вважається, що середня вартість пожиттєвої антиретровірусної терапії складає \$310 000. Відповідно, лікування 157 хворих на СНІД обійдеться суспільству у \$48,67 млн. Це значно більше, ніж усі видатки на впровадження ЗПТ в Україні за останні три роки. Крім того, одним із важливих аспектів ЗПТ є забезпечення профі-

лактиці гепатиту С, лікування якого також пов'язано із значними фінансовими витратами — від 20 до 30 тис. доларів США на рік (не менш як 5% усіх інфікованих потребують лікування в найближчі 5–10 років).

Важливим чинником, який вплинув на широке впровадження ЗПТ в Україні, стали видання Указу Президента України [29], наказів Міністерства охорони здоров'я [30–35] та діяльність Глобального Фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією, який фінансує практично всі витрати на впровадження і розвиток ЗПТ в Україні, Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, Всеукраїнської мережі ЛЖВ, які є основним реципієнтам гранту, а також безпосередніх виконавців — українських лікувально-профілактичних закладів та Українського інституту досліджень політики щодо громадського здоров'я.

Аналізуючи стан впровадження ЗПТ в Україні, можна зазначити, що однією з важливих віх цього багатофакторного процесу стало створення Ресурсного центру із ЗПТ. Даний центр виник в 2005 році за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД» в Україні на базі Українського інституту досліджень політики громадського здоров'я. До складу Ресурсного центру як консультанти ввійшли головний нарколог МОЗ України, фахівці Київської міської наркологічної лікарні «Соціотерапія», провідні науковці кафедри наркології Харківської академії післядипломної освіти, представники МОЗ України та профільних неурядових громадських організацій. Зусиллями фахівців розроблені моделі надання ЗПТ в Україні, підготовлені перші посібники для лікарів, соціальних працівників. Бібліотечний фонд нараховує близько 1000 найменувань, охоплюючих законодавчі, епідеміологічні, медико-соціальні, психологічні та інші питання стосовно ЗПТ. Розроблено веб-сайт [www.uiphp.org.ua](http://www.uiphp.org.ua), що містить дані про проекти ЗПТ, законодавство та накази МОЗ України щодо ЗПТ, інструменти моніторингу та оцінювання, матеріали для навчання, методичні рекомендації тощо.

Характеризуючи стан впровадження ЗПТ в Україні, необхідно зазначити, що в теперішній час систематично проводиться підготовка фахівців мультидисциплінарних команд для надання ЗПТ на місцях. Навчання пройшли фахівці зі 110 команд. Іншою формою навчання є моніторингові та наставницькі візити, завдяки яким вдалося надати консультативну, інформаційну та експерт-

ну допомогу лікарям-практикам та фахівцям інших спеціальностей (психологи, соціальні працівники), що працюють в програмах ЗПТ, а також сприяти налагоджуванню роботи на місцях.

Впровадження ЗПТ в Україні базується на міжнародних підходах якості надання допомоги. Так, спільно з Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні, експертами із Швейцарії та Литви проводяться дослідження, завдяки яким отримано унікальні дані щодо якості та ефективності лікування в програмах ЗПТ. Результати досліджень докладалися на багатьох міжнародних наукових форумах: у Делі, Варшаві, Сіднеї, П'єтрасанті, Біарріці, Орландо та ін., де Україна висвічувала свій стан досягнень в галузі лікування наркозалежності та профілактики ВІЛ/СНІД в середовищі СН.

У 2007 році розпочалося фінансування VI раунду гранту Глобального Фонду, де перед українськими урядовими та неурядовими організаціями постало завдання надати допомогу у програмах ЗПТ 6000 осіб та розпочати впроваджувати інтегровану допомогу СН на платформі ЗПТ. Головним реципієнтом цього компонента стала Всеукраїнська мережа ЛЖВ. Впровадження інтегрованої допомоги стало новим кроком на шляху організації сучасного науково обґрунтованого комплексного лікування СН. Зараз в Україні працює вже щонайменше 10 центрів інтегрованої допомоги. Вони підтримуються як за рахунок гранту Глобального Фонду, так і USAID та ВІЛ/СНІД Ініціативи Фонду Вільяма Дж. Клінтона. Головними цілями при організації інтегрованої допомоги визначено:

- по-перше, отримання хворим кваліфікованої медичної допомоги не лише з наркозалежності, але практично з усіх існуючих медичних проблем: ВІЛ/СНІД, психічних захворювань, туберкульозу тощо;
- по-друге, надання відповідної інформаційної підтримки щодо безпечного вживання наркотиків;
- по-третє, надання допомоги у встановленні стосунків з програмами зменшення шкоди.

Наукове-практичне впровадження ЗПТ в Україні забезпечується сучасним інструктивно-методичним супроводженням, а саме:

1) національним стандартом лікування ВІЛ-позитивних СН;

2) оновленими методичними рекомендаціями «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів».

3) навчальним модулем з тренінгів для мультидисциплінарних команд;

4) спецкурсом по ЗПТ для лікарів-наркологів, які проходять курси підвищення кваліфікації (підготовлено кафедрою наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти).

Узагальнюючи перші кроки впровадження ЗПТ в Україні, можна зазначити:

1. ЗПТ є ефективним засобом лікування наркозалежності та профілактики ВІЛ/СНІД в середовищі СН.

2. В Україні створено дієву інфраструктуру, яка дозволяє здійснювати, а також розширювати ЗПТ.

3. Участь у впровадженні ЗПТ є чинником, який змінив ставлення лікарів-наркологів, як суто у наркологічному, так й у загальномедичному напрямку.

На теперішній час для подальшого впровадження ЗПТ в Україні потрібно:

- внести зміни до регулятивної бази щодо обігу наркотичних речовин;
- зменшити вартість лікування;
- активізувати участь у цьому процесі МОЗ та інших державних інститутів, зокрема МВС, Міністерства України у справах сім'ї, молоді і спорту;
- значно розширити впровадження у допомозі СН інтегрованого підходу, який є сучасним, новим та перспективним, що дозволяє значно покращити якість лікування та зменшити смертність і захворюваність серед СН.

За висновками міжнародних експертів — Амброса Ухтенгагена, професора Цюріхського університету, та доктора Еміліса Субати, доцента Вільнюського університету [36], для покращення програми ЗПТ в Україні необхідно:

- вдосконалити законодавчі акти, які регулюють проведення ЗПТ; потрібна більша гнучкість програм ЗПТ і більше можливостей для індивідуальної допомоги, соціальної реінтеграції, працевлаштування;
- забезпечити можливість продовження ЗПТ у випадках госпіталізації пацієнтів (СНІД, туберкульоз та інші захворювання);
- забезпечити зв'язок програм ЗПТ з організаціями, що надають соціальну підтримку. Тренінги для персоналу НУО з питань оцінки потреб клієнтів програм ЗПТ і надання соціальної допомоги;
- забезпечити сайти ЗПТ додатковими приміщеннями для конфіденційного консультування й іншої психосоціальної роботи;

- мультидисциплінарні команди повинні підвищити якість оцінки психосоціальних й медичних потреби пацієнтів, розробляючи індивідуальний план допомоги, а також регулярно його переглядати;

- створити систему постійного підвищення кваліфікації персоналу з таких питань: оцінювання психосоціальних потреб пацієнтів; розроблення і впровадження плану лікування; ЗПТ як один з підходів у сфері громадського здоров'я; інформування про майбутні програми ЗПТ метадоном;

- за рахунок відповідних змін у правових актах підвищити терапевтичну гнучкість, при цьому забезпечуючи можливість видачі замісного препарату додому, продовження ЗПТ у випадках госпіталізації, зменшення обсягу обов'язкових записів; водночас вживати заходів для запобігання розкраданню замісного препарату.

**Висновки.** Успішне і адекватне впровадження ЗПТ в Україні можливе, а ризики відхилення від вимог можна контролювати. ЗПТ є високоефективною програмою зменшення вживання нелегальних наркотиків і проявів ризикованої поведінки, що асоціюється з інфікуванням ВІЛ. ЗПТ значно покращує соматичне здоров'я пацієнтів. ЗПТ зменшує прояви кримінальної поведінки пацієнтів і сприяє їхній соціальній реінтеграції.

Шляхами поліпшення впровадження ЗПТ є:

- ініціювання змін регуляторної політики, а саме зробити можливим продовження ЗПТ у разі госпіталізації пацієнта або позбавлення його волі, а також щоб дозволити пацієнту в стабільному стані отримувати замісний препарат на певний час для вживання вдома;

- постійне підвищення кваліфікації персоналу в питаннях організації ЗПТ;
- впровадження інтегративної допомоги;
- ефективні інтеграції заходів зменшення шкоди і лікування інфекцій, які передаються через кров;

- оптимізація умов праці персоналу та підвищення якості функціонування лікувального закладу в цілому.

Розширення програм ЗПТ є ефективним засобом у галузі охорони громадського здоров'я, особливо для контролю епідемії ВІЛ-інфекції. ЗПТ має бути невіддільним елементом національної політики протидії поширенню нелегальних наркотиків, а також системи допомоги споживачам наркотиків.

**Резюме.** У статті наведено аналіз впровадження замісної підтримувальної терапії в Україні. Розглядаються медико-соціальні, економічні та законодавчі складові, які є чинниками що стримують або сприяють впровадженню замісної підтримувальної терапії в Україні.

**Ключові слова:** замісна підтримувальна терапія (ЗПТ), вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН).

**Дворяк С. В. Приб Г. А., Штенгелов В. В. Заместительная поддерживающая терапия для наркозависимых в Украине**

**Резюме.** В статье приведен анализ внедрения заместительной поддерживающей терапии в Украине. Рассматриваются медико-социальные, экономические и законодательные составляющие данного процесса как факторы, которые сдерживают или оказывают содействие внедрению заместительной поддерживающей терапии в Украине.

**Ключевые слова:** заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), потребители инъекционных наркотиков (ПИН).

**Dvoriak S., Prib G., Shtengelov V. Substitution maintenance therapy of drug dependent in Ukraine**

**Abstract.** The paper presents the analysis of introduction of substitution maintenance therapy in Ukraine. The authors examine medico-social, economic and legal components, which are the factors to restrain or to assist introduction of substitution maintenance therapy in Ukraine.

**Keywords:** substitution maintenance therapy (SMT), Human immunodeficiency virus (HIV), injection drug users (IDU).