

право проведения нами тестирования учащихся на наличие наркотиков на добровольной основе. Это тестирование проводится не один год, и в соответствии с его результатами мы видим, как происходит изменение ситуации, связанной с потреблением наркотических средств и психотропных препаратов именно среди детей и подростков.

С 2006 по 2008 гг. среди учащихся количество потребителей героина и других наркотиков опиумной группы уменьшилось почти в 3 раза. Но при этом в 2 раза увеличилось количество учащихся, потребляющих лекарственные препараты, которые у нас идут в свободном обращении. О том же свидетельствуют данные, которые мы имеем в бюро судебно-медицинской экспертизы — мы видим как из года в год изменяется ситуация по летальным исходам, связанным с потреблением препаратов из легального оборота. В частности, количество смертельных исходов у лиц, злоупотребляющих препаратом "Буторфанол", в 2008 г. по сравнению с 2005 г. увеличилось в 4 раза. Уровень летальности у лиц, злоупотребляющими кодеинсодержащими препаратами, с 2005 г. до настоящего времени дал увеличение в 30 раз. Если в 2005 г. был зафиксирован лишь один случай со смертельным исходом, то в 2006 г. — уже 32! От последствий

введения "Коаксила" инъекционным путем в 2005 г. погиб 1 чел., в 2008 г. у нас было зарегистрировано 15 случаев.

СТЕБЕНКОВА Л.В.: Уважаемые коллеги, мы заканчиваем наш круглый стол. В связи со всей информацией, изложенной здесь специалистами, я предлагаю следующее.

Во-первых, мы, конечно, обратимся теперь уже и к Президенту Российской Федерации с просьбой провести на эту тему правительственную комиссию, потому что я понимаю, что наше прошлое обращение к Министру здравоохранения и социального развития ни к чему не привело.

Во-вторых, все те данные, которые сегодня были обнародованы, мы разошлем по всем субъектам Российской Федерации, чтобы кто как мог принял бы соответствующие меры на своих территориях.

К представителям Минздравсоцразвития России огромная просьба принять участие в решении данных вопросов. Мы обратимся, конечно, и в Государственный антинаркотический комитет для того, чтобы все-таки инициировать Правительство к принятию тех мер, о которых мы здесь говорили, потому что Вы видите всю сложность ситуации.

Спасибо всем большое за участие в этом заседании!

### ***Решение комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Московской городской думы по итогам заседания на тему "Легальный наркорынок в России"***

1. Подготовить Обращение к Президенту Российской Федерации по теме комиссии с просьбой включить медицинские препараты "Коаксил", "Буторфанол (Морадол, Стадол)", "Буторфанол тартрат", "Залдиар" в список 3 Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, а также увеличить ответственность фармацевтов за безрецептурную реализацию лекарственных средств, которые должны отпускаться только по рецепту;

2. ГУВД по г. Москве — активизировать деятельность по выявлению административных правонарушений по п. 4 ст. 14.1 КОАП РФ;

3. Департаменту здравоохранения г. Москвы — проанализировать правоприменительную практику по данному вопросу и внести предложения;

4. Разослать стенограмму комиссии по субъектам Федерации.

## Опыт использования заместительной терапии в Китайской Народной Республике и в Гонконге. Сообщение 3\*

**КЛИМЕНКО Т.В.**

д.м.н., профессор, руководитель отделения ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития России», профессор Российской правовой академии Минюста России, Москва

**КОЗЛОВ А.А.**

к.м.н., доцент, зам. начальника отдела Медицинского управления ФСКН России, старший научный сотрудник Федерального бюро медико-социальной экспертизы Минздравсоцразвития России, Москва

**ШЕВЦОВА Ю.Б.**

старший научный сотрудник ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития России», Москва

**АКСЕНОВ П.Г.**

исполнительный директор Некоммерческого партнерства «Всероссийская сеть снижения вреда», Москва

*Подробно описаны организационные основы введения и функционирования системы заместительной метадонной терапии для больных опиоидной наркоманией в Китае. Изложены многочисленные статистические данные, системы финансирования и подготовки кадров, способы привлечения наркозависимых в программы заместительной терапии (ЗТ), взаимодействия этих программ с центрами социальной поддержки. Указано, что применение ЗТ является до сих пор дискуссионным вопросом для Китая, и внутри страны имеются противоположные точки зрения на целесообразность, корректность и медико-социальную эффективность этого метода.*

*Ключевые слова: Китайская Народная Республика, Гонконг, заместительная терапия, метадон, опиоидная наркомания, эффективность*

**В** последние годы периодически на научных конференциях по актуальным проблемам наркологии поднимаются вопросы о возможности введения заместительной терапии (ЗТ) в системе оказания наркологической помощи в Российской Федерации. При этом обычно ссылаются на опыт стран Западной Европы и США, где эти программы работают уже более 50 лет, а также на опыт стран постсоветского пространства, где за последние 10 лет ЗТ либо введена в государственные программы медико-социальной помощи лицам с опиоидной зависимостью (Литва, Киргизия), либо работает как пилотный проект, обычно финансируемый Глобальным Фондом (Украина, Белоруссия). Сторонники ЗТ ссылаются на ее «победное шествие» по странам мира, акцентируя внимание на том, что данный подход к лечению наркозависимых используется более чем в 60 странах мира. Среди практикующих наркологов распространено более осторожное отношение к ЗТ, поскольку она не является методом лечения больных наркоманией и направлена исключительно на социальные задачи: снижение преступности среди наркологических больных, снижение ВИЧ-инфицирования, увеличение приверженности лиц с наркологической зависимостью программам социальной поддержки и антиретровирусной терапии.

Опыт стран постсоветского пространства достаточно ограничен для того, чтобы делать какие-либо определенные выводы об эффективности ЗТ в плане достижения заявленных целей, поскольку число больных в программах ЗТ по разным странам от 50 чел. (Беларусь) до 400 чел. (Литва). Более интересным в этом плане представляется опыт Китайской Народной Республики (КНР) и Гонконга, где ЗТ стала использоваться с 1974 г., и к настоящему времени в Китае ею охвачены 100 тыс. наркозависимых лиц.

Вспышка ВИЧ/СПИДа стала тревожным сигналом о приоритетности проблемы наркомании в КНР. Была существенно изменена наркополитика с переходом от исключительно силового (репрессивного) подхода к рестриктивной политике (ограничительно-запретительной), допускающей программы снижения вреда. Результатом изменения основных принципов антинаркотической политики стало расширение цели, которая ставится перед учреждениями и организациями, оказывающими лечебные услуги наркозависимым: наряду с полной абстиненцией (жизнь без наркотиков) допускается в отношении малокурабельных опиоидных наркозависимых применение заместительной поддерживающей терапии. В результате этих стратегических изменений антинаркотическая политика КНР официально приняла ЗТ как часть своего плана контроля над эпидемией ВИЧ/СПИДа.

\* По данным литературы и по отчету визита делегации ФСКН России и Минздравсоцразвития России в КНР и Гонконг с 21.03.2009 по 01.04.2009 г. в рамках проекта Управления по наркотикам и преступности ООН "Расширение доступа к эффективным программам профилактики, лечения и ухода при ВИЧ/СПИД среди потребителей инъекционных наркотиков и в местах лишения свободы".

**История становления ЗТ в Китае и Гонконге**

В Гонконге ЗТ была введена в 1974 г. Это было связано с тем, что на территории Гонконга было зарегистрировано много инъекционных потребителей наркотиков, и фиксировалась высокая преступность среди наркопотребителей. ЗТ была введена для борьбы с преступностью. В КНР вопрос об организации ЗТ был инициирован полицией в 2001 г. В 2001—2003 гг. были предприняты усилия по политической координации вопроса по ЗТ, проводилась разработка проекта и его регламента. За 2 года в Гонконге было развернуто 20 клиник, проводящих ЗТ.

С 2004 г. в Континентальном Китае органы общественной безопасности стали сотрудничать с учреждениями Минздрава по созданию сети клиник ЗТ по всей стране. С декабря 2003 г. по июнь 2006 г. проводились пилотные исследования в провинциях, где ситуация, связанная со злоупотреблением наркотиками, была самой неблагоприятной (Юнань, Гуйчжоу, Сычуань, Чжэцзян, и Гуанчжи).

При обсуждении возможности организации системы лечения наркоманий в Китае на принципах ЗТ были использованы опыт и результаты исследований ВОЗ по вопросам ЗТ при наркотической зависимости и ВИЧ/СПИДе в развивающихся странах Азии и в странах переходного периода в Европе. Согласно этим исследованиям, состояние здоровья пациентов, участвующих в программах ЗТ, и качество их жизни в значительной мере улучшились: снизилась тяжесть зависимости более чем на 50%; снизился уровень депрессии с 51 до 33%; стабилизировались показатели заражения как ВИЧ-инфекцией (3,9%), так и гепатитом С (46%); значительно снизились уровни рискованной практики употребления наркотиков, в частности инъекционного употребления; исчезла преступность, а показатель занятости повысился с 25 до 31%. Было отмечено, что не наблюдалось какого-либо эффекта в отношении рискованного сексуального поведения. Удержание в программах терапии через 3 мес. пребывания составило 97%, а через 6 мес. — 85%. В соответствии с этим результатами заинтересованные ведомства КНР сделали вывод о том, что ЗТ является эффективным методом снижения потребления запрещенных опиатов, может существенно улучшить здоровье наркопотребителей и качество их жизни [2].

Первые собственные результаты по материалам пилотных проектов показали, что ЗТ привела к снижению уровня инъекционного употребления наркотиков, снижению преступности и улучшению социального поведения участников программы ЗТ [3, 4, 7].

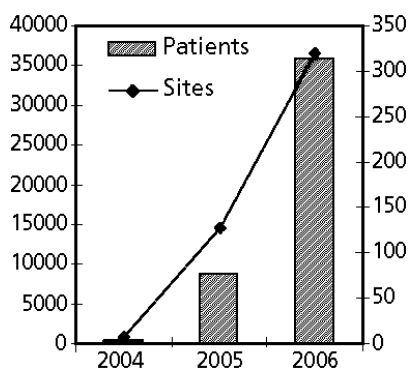
Поскольку полученные в ходе пилотных проектов результаты были оценены как положительные, в КНР с 2006 г. были организованы первые клиники,

проводящие ЗТ, и вскоре началось общенациональное внедрение программ ЗТ на территории КНР.

Приказ о введении ЗТ в КНР отдавал лично премьер-министр. Наркомания была провозглашена «болезнью мозга», в качестве «средства замещения» был утвержден метадон, поскольку его фармакологические эффекты продолжают в течение 24—36 ч, он считался безопасным средством замещения, так как не вызывал сонливости, не оказывал действия на умственные способности. Также утверждалось, что на фоне приема метадона можно управлять транспортным средством.

Правительством Китая была поставлена задача к концу 2007 г. охватить ЗТ более 40% уездов и городов Китая, охватить программами обмена шприцев больше 30% поселков и городов. Число клиник, где выдавали метадон, в соответствии с правительственными приказами с 2004 г. по 2008 г. постоянно увеличивалось: в 2004 г. — 58; в 2005 г. — 320; в 2006 г. — 503; в 2007 г. — 600. К каждой клинике было прикреплено от 32 до 380 больных. В 2007 г. 16% от общего числа наркозависимых Китая и 40% всех зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков принимали метадон в рамках программ ЗТ. В 2008 г. питьевой раствор метадона выдавали уже в 600 клиниках, находящихся в 31 городе центрального подчинения и 23 автономных районах КНР и охватывающих около 100 тыс. наркозависимых. В 2008 г. 67 клиник, проводящих ЗТ, действовало только в одной провинции Юнань. Через провинцию Юнань (столица — г.Куньмин с населением 5 млн чел.) на Юге Китая проходит наркотрафик из стран «Золотого треугольника».

В настоящее время ежедневно 100 тыс. больных наркоманией принимают метадон. К 2010 г. планируется перевести на прием метадона 70% всех наркозависимых, снизить долю наркозависимых, использующих нестерильный инструментарий, до 50%. Для этого планируется ввести программы ЗТ и обмена



Развитие метадоновой ЗТ в Китае

[Michels I.I., Min Zhao, Lin Lu. Drug abuse and its treatment in China // Clinical Practice and Health Politics. — 2007. — Vol. 53 (4). — P. 228—237].

шприцев не только в крупных городах, но и в сельских уездах. Уже в 2009 г. планируется увеличить число клиник с программами ЗТ до 700, к 2010 г. — охватить программами ЗТ больше 70% уездов и городов КНР, а программами обмена шприцев — больше 50%. Одновременно планируется расширить доступность ЗТ для наркозависимых, улучшить качество комплексных услуг.

На начальном этапе организации программ ЗТ на территории Китая использовались достаточно жесткие критерии включения больных в ЗТ, так называемые высокопороговые программы. При проведении пилотных проектов в 2003—2006 гг. в программу ЗТ включались только лица, соответствующие жестко установленным требованиям:

- 1) возраст старше 18 лет;
- 2) стаж наркомании более 5—7 лет;
- 3) наличие в прошлом неоднократных и безуспешных попыток лечения по поводу наркозависимости.

В программах осуществлялся жесткий контроль за употреблением нелегальных наркотиков, при обнаружении которых наркозависимые отчислялись из программы ЗТ. После общенационального внедрения программ ЗТ по всей стране с июня 2006 г. эти жесткие критерии включения наркозависимых в программы ЗТ практически исчезли, произошло снижение порога программы. Были значительно смягчены условия включения больных в программу ЗТ, достаточно только желания наркозависимого. Теперь это так называемые низкопороговые программы.

Используемый для ЗТ метадон поставляется в КНР из США в виде порошка, а раствор нужной концентрации производится уже в Китае. Лечение в клиниках ЗТ платное. Монополистом продажи раствора метадона клиникам ЗТ является государство. Одна суточная доза стоит для больного около 1 евро, или 5—10 юаней. Стоимость курса терапии составляет примерно 2000—5000 китайских юаней (около 200—500 евро). Многие наркопотребители и их семьи считают такую плату за лечение очень высокой, поэтому финансовые ресурсы для расширения программ ЗТ в Китае небольшие [4].

Для удержания пациентов в программе ЗТ в некоторых клиниках осуществляется диверсифицированная система оплаты лечения, что повышает интерес больных к программе ЗТ. Для повышения мотивации клиентов в некоторых клиниках используется система финансового поощрения. При ежедневном и регулярном посещении клиники ЗТ пациенту начисляются баллы (например, за 100 посещений присваивается 1 балл). Набравший определенное число баллов пациент получает льготу — снижение стоимости дозы метадона. Есть и ограничение: доза не может стоить меньше заранее установленной суммы. Напри-

мер, первоначальная стоимость ежедневной дозы метадона — 10 юаней, что эквивалентно 1,3 долл. США. Благодаря системе накопления баллов при регулярном посещении клиники и регулярной оплате метадона можно снизить эту стоимость до 5 юаней в течение первых 6 мес. лечения: получивший 100 баллов платит 9 юаней, а 600 баллов — соответственно 5 юаней и т.д. Эти результаты доводятся до сведения пациентов клиники. Стенды с фамилиями и баллами «передовиков» находятся на видном месте, обычно напротив входа в клинику.

Серьезной проблемой программ ЗТ в Китае является низкое удержание в них пациентов, составляющее менее 50%. Если поначалу программами ЗТ было охвачено 173 тыс. наркозависимых, то уже через полгода в них осталось 93 тыс. В половине случаев пациенты уходят из программ ЗТ из-за субъективно недостаточной дозы получаемого метадона. Другими не менее важными причинами преждевременного выхода больных из программ ЗТ являются финансовая и территориальная недоступность лечения, а также низкая мотивация наркозависимых на лечение.

Для повышения доли удержания наркозависимых в программах ЗТ предлагается сочетать ЗТ с мотивационными методами (например, мотивационное интервьюирование) и поведенческой терапией [1, 6].

С 2006 г. в рамках программ ЗТ раз в год проводится бесплатное тестирование на ВИЧ/СПИД и выдача презервативов. Запланировано консультирование по вопросам, интересующим больных и их родственников.

Плановая обязательная социальная и психотерапевтическая поддержка клиентов программ ЗТ в настоящее время отсутствует, так как дорого обходится и клиникам, и пациентам.

В некоторых клиниках, которые поддерживаются и дополнительно спонсируются Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Фондом Мартина или другими неправительственными организациями, организуются центры социальной заботы — Red Ribbon (Красная шелковая ленточка). Основными задачами социальной работы являются информационная программа о терапевтических эффектах метадона, работа с семьей с соседями, настрой больных клиники на включение в психотерапевтические программы. Встречи с социальными работниками организуются 1 раз в неделю по часу. В социальной работе обычно участвуют не более 50% пациентов и в основном пожилого возраста.

Для обеспечения наркозависимых шаговой доступностью большинство клиник ЗТ располагаются в жилых кварталах, что часто вызывает недовольствие местных жителей.

Большинство клиник ЗТ в реальности представляют собой пункты выдачи наркозависимым метадона. Помещение такого пункта состоит из нескольких комнат, в одной из которых выдается метадон, стоят компьютеры, подсоединенные к системе общенационального учета, где фиксируется каждое посещение наркозависимого. Другие комнаты приспособлены для врачебного приема. Клиники ЗТ не являются для работающих там врачей основным местом работы, они только подрабатывают на условиях почасовой оплаты.

Наркозависимый при первичном обращении в клинику ЗТ осматривается врачом. Врач осуществляет обычный физикальный осмотр пациента, выясняет его историю злоупотребления наркотиками. Никакие анализы при этом не проводятся. Наркозависимый подписывает соглашение на включение в программу ЗТ, врач назначает ежедневную дозу метадона. В последующем пациенты ежедневно посещают клинику ЗТ, где они получают ежедневную дозу метадона, которая может корректироваться в зависимости от самочувствия пациента. Средняя доза метадона — 50—80 мг/сут. На руки наркозависимому метадон никогда не выдается, дневная доза препарата выпивается им прямо в клинике под контролем сотрудника.

Регулярные анализы на наличие других наркотиков и психоактивных веществ, мониторинг ВИЧ-статуса, исследование иммунитета и какие-либо лабораторные исследования клиентам из программ ЗТ не проводятся.

В соответствии с общим правилом все сведения о пациентах из программ ЗТ заносятся в общенациональный банк данных. В случае пропуска очередного визита в клинику наркозависимый и его родственники по мобильному телефону получают соответствующее SMS-сообщение. Если наркозависимый по собственной инициативе прекращает посещение клиники ЗТ, об этом информируются органы общественной безопасности. В последующем наркозависимому, отказавшемуся от ЗТ, может быть назначено принудительное лечение.

Полиция не имеет права входа в клиники ЗТ. В случае совершения пациентом клиники ЗТ правонарушения полиция вмешивается и правонарушитель преследуется по закону.

В целях усовершенствования программ ЗТ проводится обучение кадров, предпринимаются действия по психологическому вмешательству. В скором времени намечено введение электронных карт, чтобы работающий пациент имел возможность получать предписанную ему ежедневную дозу метадона не только по месту жительства, но и, например, по месту работы. Планируется внедрить этические стандарты лечения. По опыту Гонконга в Китае расширяется учас-

тие медсестринского персонала в практике лечения метадонем, поскольку «медсестры превосходно оказывают помощь», которая становится более экономичной, чем при участии только врачей. Ставится вопрос о повышении доступности клиник и дополнительных психосоциальных вмешательствах. Большое внимание уделяется взаимоотношениям персонала и пациентов клиник, поскольку программы ЗТ являются долгосрочными и некоторые пациенты могут оставаться в них до 20 лет. Опыт работы метадонных клиник в провинции Юннань, которая больше других регионов Китая поражена как ВИЧ, так и наркомагией, свидетельствует о значении групп самопомощи (таких, как «Анонимные Наркоманы» — NA) в комплексе программ заместительной терапии для обеспечения долгосрочной успешности лечения.

В Китае на приемлемость поддерживающей метадонной терапии помимо стоимости и доступности могут влиять такие факторы, как безопасность и эффективность [5]. Установлено, что повышение показателей удержания в программе ведет к снижению наркопотребления, преступности и безработицы. Длительность наркологического лечения положительно связана с более благоприятным прогнозом лечения (Dimpson, 1979).

Государственная программа ЗТ организуется и контролируется рабочей группой и секретариатом, которые подчиняются Министерству общественной безопасности, FDA, CDC, Минздраву Китая. Далее идет подчинение провинциальных групп и департаментов центру [Извещение о выпуске «Рабочей программы поддерживающего метадонного лечения опиатных наркоманов по месту их жительства» из Документа контроля за здоровьем и заболеваемостью (2006) №256 (утверждено Минздравом КНР, МОБ КНР и Государственным управлением питания и медикаментов КНР)].

Дискуссии о целесообразности ЗТ ведутся в Китае до сих пор. Исследователи и врачи, занимающиеся лечением наркозависимых, обычно поддерживают эту форму лечения, мотивируя это тем, что участие наркозависимых в программе ЗТ предотвращает заражение ВИЧ-инфекцией и снижает другие виды вреда от наркотиков. Но основным аргументом сторонников длительной поддерживающей терапии метадонем являются высокие уровни рецидивов после краткосрочного лечения метадонем в целях детоксикации и после лечения на основе полного отказа от наркотиков.

Но многие по моральным мотивам возражают против предоставления наркозависимым наркотического вещества в течение длительного времени за счет налогоплательщиков. Обсуждается вопрос, почему правительство выделяет неоправданно много финансов на поддержку наркозависимых, в то время как

большинство трудящихся граждан Китая имеет доходы ниже прожиточного минимума и далеко не все могут прибегнуть к обычной медицинской помощи.

Несмотря на продолжающийся и широко обсуждаемый в средствах массовой информации конфликт между политической и правовой основой реализации ЗТ, Правительство Китая оказывает поддержку программам снижения вреда в «Среднесрочном и долгосрочном стратегическом плане» и в «Плане действий». Хотя эта дилемма вряд ли будет решена в ближайшем будущем, ожидается, что острота конфликта постепенно снизится по нескольким причинам.

Китайская национальная антинаркотическая политика и политика в области профилактики и контроля ВИЧ стала в последние годы более прагматичной. Сторонники программ ЗТ надеются на тенденции к либерализации политики в условиях продолжающейся глобализации Китая в пользу программ снижения вреда. Однако на правительственном уровне признают, что для определения на ближайшее будущее стратегического направления антинаркотической политики необходимы оперативные исследования с целью получения с позиции доказательной медицины реальных свидетельств полезности подобных программ, а также разъяснительная работа среди ответственных лиц и пересмотр неблагоприятной политики.

В Китае на приемлемость поддерживающей метадоновой терапии помимо стоимости и доступности могут повлиять такие факторы, как безопасность и эффективность [5]. Было установлено, что повышение показателей удержания в программе лечения ведет к снижению наркопотребления, преступности и безработицы. Длительность наркологического лечения положительно связана с более благоприятным его прогнозом.

На приверженность лиц с наркотической зависимостью программам ЗТ влияет и взаимодействие с органами полиции, которые оказывают всестороннюю поддержку реабилитационным клиникам и клиникам ЗТ.

Организаторы программ ЗТ сообщают о снижении преступности и криминального поведения среди участников программ ЗТ, отмечают улучшение их социализации.

В Государственном рабочем комитете по СПИДу (SCAWCO), который является одним из основных идеологов введения программ ЗТ в КНР, фиксируется снижение числа больных наркоманией с ВИЧ-инфекцией, число вновь ВИЧ-инфицированных уменьшилось на 3377 чел. Прирост новых наркопотребителей с 2000 по 2008 гг. снизился с 30 до 5,6%. Доля юношей и девушек моложе 35 лет от общего числа наркопотребителей снизилась с 82,5 до 59%. Ремиссии у 40 тыс. больных героиновой наркоманией составляют более 3 лет. Уровень информиро-

ванности населения по данной проблеме составил 98%, среди учащихся средней школы потребители наркотиков в 2007—2008 гг. не выявлены. Однако отмечается, что эти положительные изменения касаются потребителей героина, но не амфетаминов.

Положительная динамика уровней ВИЧ-инфицирования и наркопотребления обычно связывается с эффективностью проводимых мероприятий в рамках программ снижения вреда и программ ЗТ. Но данный подход является чрезвычайно искаженным. Программы снижения вреда и ЗТ являются лишь частью системы оказания медико-социальной помощи лицам с наркотической зависимостью, основной объем которой приходится не на программы ЗТ, а на центры добровольной и принудительной детоксикации, центры принудительной реабилитации (ЦПР), и на центры переобучения посредством работы (ЦППР), или реабилитационные лагеря. Поэтому достигнутое в стране снижение наркопотребления и ВИЧ-инфицирования является заслугой комплексной системы противодействия распространению наркопотребления.

С программами ЗТ и снижения вреда можно связать только фиксируемое в 2008 г. снижение повторного использования наркопотребителями нестерильных шприцев с 68,7% в 2001 г. до 38,5%.

Оценивать эффективность только ЗТ в общей системе противодействия злоупотреблению наркотиками в КНР невозможно. Специальных исследований в этом направлении в Китае не проводилось. Предъявляемые организаторами ЗТ результаты не являются достоверными, представляются больше идеологизированными, чем научными, за ними нет никаких конкретных данных, поскольку никакого динамического анализа наблюдений за участниками программ ЗТ не ведется.

Обобщая непродолжительный, но достаточно обширный опыт использования ЗТ в КНР, можно прийти к ряду выводов. На первый взгляд, в КНР в последние несколько лет наблюдается победное шествие ЗТ с чрезвычайно быстрым ростом числа клиник, работающих по программе ЗТ, и ростом числа включенных в эти программы наркозависимых. Однако даже поверхностный анализ работы этих клиник показывает, что пропагандируемый и предлагаемый сторонниками ЗТ в качестве примера опыт Китая по использованию ЗТ не лишен серьезных недостатков.

Большинство программ ЗТ, первоначально организованных как высокопороговые программы с жесткими критериями отбора больных, уже через несколько лет перешло на низкопороговые принципы, когда практически единственным условием включения наркозависимого в программу ЗТ является его желание.

Низкопороговые принципы отбора неизбежно приводят к увеличению числа больных, неоправданно

включенных в программы ЗТ, в том числе даже лиц без наркотической зависимости.

Низкопороговые принципы программ ЗТ и увлеченность статистическими показателями чрезвычайно быстрого роста числа клиник ЗТ неизбежно привели к выхолащиванию традиционных целей программ ЗТ:

1) большинство клиник является пунктами раздачи метадона;

2) не проводится динамическое клинико-лабораторное наблюдение за психическим и соматоневрологическим состоянием участников программы;

3) не оказывается практически никакой врачебной помощи;

4) не проводится работа по социальной реабилитации наркозависимых;

5) приверженность пациентов программам ЗТ чрезвычайно низкая.

Все это позволяет предположить невысокую результативность программ ЗТ, а отмеченные в КНР последние годы позитивные изменения являются следствием систематически реализуемой на государственном уровне комплексной программы противодействия злоупотреблению наркотиками, а не следствием только введения программ снижения вреда и ЗТ.

### Выводы

В КНР развернута национальная комплексная межведомственная программа противодействия злоупотреблению наркотиками и наркоманиям.

Программа работает несколько лет, но данных о каком-либо заметном влиянии на продолжающийся рост наркопотребления и ВИЧ-инфицирования в стране не имеется. Отсутствует полная и качественная статистика по результатам реализуемых в стране стратегий профилактики. Обобщенных данных по реализуемым программам снижения вреда не приведено. Не проводятся катamnестические исследования эффективности всех реализуемых направлений медицинской и социальной помощи наркозависимым. Нет информации о смертности. Нет информации о детях, рожденных матерями, получающими ЗТ.

Таким образом, обобщенный анализ наркоситуации в КНР показывает, что различные формы лечебно-реабилитационной помощи и социальной поддержки наркозависимых в Китае являются частью общенациональных мероприятий по борьбе с незаконным оборотом наркотиков, наркопотреблением и наркоманией. Тотальный и персонифицированный учет всех выявленных наркопотребителей и ВИЧ-инфицированных лиц в стране позволяет владеть ситуацией и

принимать меры противодействия наркотизму в конкретных регионах страны. Однако, несмотря на принятые за последние годы в стране масштабные силовые меры, активную общенациональную просветительскую работу и профилактические мероприятия, организованную систему лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении наркозависимых лиц, не наблюдается заметного улучшения наркоситуации в стране: продолжается рост числа наркопотребителей, ВИЧ-инфицированных, больных СПИДом, увеличиваются незаконные посевы мака, нет заметного снижения уровня наркопреступности.

Несмотря на это, опыт КНР по организации системы противодействия незаконному обороту наркотических средств, основанный на принципах межведомственного взаимодействия, с активным привлечением к работе гражданского общества, формированием системы эффективного мониторинга наркоситуации по стране в целом и по отдельным провинциям, может быть использован для организации антинаркотической работы в Российской Федерации. Особого внимания заслуживает положительный опыт Китая, касающийся общенациональной антинаркотической пропаганды, некоторых успешно функционирующих реабилитационных программ и отлаженной системы принудительного лечения наркоманов.

### Список литературы

1. Carroll K.M., Ball S.A., Nich C., Martino S., Frankforter T.L., Farentinos C., Kunkel L.E., Mikulich-Gilbertson S.K., Morgenstern J., Obert J.L., Polcin D., Snead N., Woody G.E. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multi site effectiveness study // *Drug and Alcohol Dependence*. — 2006. — Vol. 81. — P. 301—312.
2. Haasen Ch., van den Brink W. Innovations in agonist maintenance treatment of opioid-dependent patients // *Current Opinion in Psychiatry*. — 2006. — Vol. 19. — P. 631—636.
3. Mi G. Pilot Methadone Maintenance Treatment in Mainland China. Background Paper of National Center for AIDS/STD Control & Prevention China CDC, Beijing, China, 2006.
4. Michels I.I. Die Zukunft der Substitutionsbehandlung in China (Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, DGS, Berlin, September—Oktober). — Berlin: DGS, 2006.
5. Rosenberg H., Melville J., Mclean P.C. Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services // *Addiction*. — 2006. — Vol. 97. — P. 59—65.
6. Scherbaum N., Kluwig J., Specka M., Krause D., Mergel B., Finkenbeiner T., Gaspar M. Group psychotherapy for opiate addicts in methadone maintenance treatment — A controlled trial // *European addiction research*. — 2005. — Vol. 11. — P. 163—171.
7. Sullivan S., Wu Z. Rapid scale up of harm reduction in China // *International Journal of Drug Policy*. — 2007. — Vol. 18. — P. 118—128.

---

**EXPERIENCE OF USING THE SUBSTITUTION THERAPY IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA AND IN HONG KONG**

**KLIMENKO T.V.**

M.D., professor, Head, Drug and Alcohol Forensic Psychiatry Expertise Unit,  
Serbsky National Research Centre of Social and Forensic Psychiatry, Moscow

**KOZLOV A.A.**

M.D., Ph.D., Docent, Division Deputy Head, Medical Department, Federal Drug Control Service  
of Russian Federation, Moscow

**SHEVTSOVA Yu.B.**

M.D., Ph.D., Senior Researcher, Department of Social and Forensic Problems of Drug and Alcohol Dependency,  
Serbsky National Research Centre of Social and Forensic Psychiatry, Moscow

**AKSENOV P.G.**

Executive Director, Non-Profit Partnership «The Russian Harm Reduction Network», Moscow

*The article refers in detail to the organizational baselines of introduction and functioning of methadone substitution therapy for opioid dependent persons in China. Manifold statistical data, systems of financing and personnel training, methods of involvement of drug dependent persons to substitution therapy programmes and collaboration of these programmes with social support centers are described. It is mentioned that the use of opioid therapy is still debatable issue in China, and opposite views regarding the advisability, civility and medico-social efficiency of this method are on place.*