

Предварительная оценка наркологической ситуации, меры по закрытию программ заместительной терапии лиц с опиоидной зависимостью и оптимизации деятельности наркологической службы в Республике Крым и в городе федерального значения Севастополе

КЛИМЕНКО Т.В.	д.м.н., профессор, зав. отделением, ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России, профессор Российской правовой академии Минюста России, Москва; e-mail: klimenko17@mail.ru
КОЗЛОВ А.А.	д.м.н., зам. директора по клинической работе — главный врач, ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России, Москва
ПОНИЗОВСКИЙ П.А.	к.м.н., старший научный сотрудник, ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России, Москва
МАНДЫБУРА А.В.	главный внештатный специалист по наркологии Министерства здравоохранения Республики Крым

Представлена история организации программ заместительной терапии, медицинские и социальные последствия ее 9-летнего функционирования в Крыму и в г. Севастополе, сформулированы основные направления деятельности по ее завершению и переводу системы оказания медицинской помощи лицам с наркологическими расстройствами на российские стандарты.

Ключевые слова: программа заместительной терапии, замещающие препараты, наркомания, российские стандарты лечения, социальная реабилитация и ресоциализация, отказ от употребления наркотиков.

Введение

21 марта 2014 г. Президент Российской Федерации подписал Федеральный конституционный закон № 6-ФКЗ "О принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов — Республики Крым и города федерального значения Севастополя". Закон регламентирует широкий круг вопросов, связанных с экономической, финансовой и правовой интеграцией Республики Крым (далее — Крым) и г. Севастополя с Российской Федерацией в течение переходного периода, который продлится до 1 января 2015 г. Согласно этому закону, до 1 января 2015 г. Крым и г. Севастополь должны привести свое законодательство и нормативное правовое регулирование в соответствие с законодательством Российской Федерации.

В соответствии со ст. 6 и 9 Договора между Россией и Крымом от 18.03.2014 г., с 01.01.2015 г. после завершения переходного периода на территории Крыма и г. Севастополя вступают в законную силу законодательные и нормативные правовые акты Российской Федерации, в том числе Федеральный закон ФЗ-3 "О наркотических средствах и психотропных веществах", согласно части 1 статьи 31 которого "в медицинских целях могут использоваться наркотические средства и психотропные вещества, внесенные

в списки II и III" Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ" (далее — Перечень наркотических средств), но согласно части 6 той же статьи "запрещается лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в список II". Об этом же говорится в "Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года", утвержденной Указом Президента РФ № 690 от 9 июня 2010 г., согласно пункту 32 которой недопустимо применение "заместительных методов лечения наркомании с применением наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I и II" Перечня. В связи с этим на территории Крыма и г. Севастополя должны быть завершены программы "заместительной терапии" (далее — ЗТ), использующие в качестве "замещающего препарата" входящие в Список 1 Перечня наркотических средств метадон и в Список II Перечня наркотических средств бупренорфин.

Решением выездного совещания председателя Государственного антинаркотического комитета по теме "Реализация Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации в Крымском федеральном округе", состоявшегося 2 апреля 2014 г. в г. Симферополь, Минздраву России, Министерству России по делам Крыма, ФСКН России,

Минтруду России, МВД России совместно с органами государственной власти Республики Крым и г. Севастополя было дано поручение в мае 2014 г. "разработать и осуществить согласованные меры по переводу лиц, ранее получавших ЗТ, на российские стандарты комплексной реабилитации, определив порядок их дальнейшего включения в программы социальной реабилитации и ресоциализации, в том числе реализуемые в субъектах Российской Федерации за пределами Крымского Федерального округа".

Организация программ заместительной терапии

Программа ЗТ была организована на территории Крыма с 2005 г., в г. Севастополе — с 2011 г. Многие врачи-наркологи и организаторы здравоохранения в Республике Крым и в г. Севастополе возражали против организации программ ЗТ.

Финансирование программ ЗТ осуществлялось "Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией" через Всеукраинскую благотворительную организацию (далее — ВБО) "Всеукраинская Сеть лиц, живущих с ВИЧ" в рамках реализации проекта "Построение жизнеспособной системы комплексных услуг по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа, ухода и поддержки для уязвимых групп и ЛЖВ".

Исполнители программ ЗТ обычно не ставят перед собой задачу постепенного выведения пациентов из программы [1, 2, 6]. Организаторами программ ЗТ на территории Украины такая задача также не ставилась, более того, перед непосредственными исполнителями программы ставилась задача ежегодного увеличения числа пациентов в программе на 10%. В связи с этим до 50% пациентов находились в программе ЗТ более 5 лет.

На территории Крыма функционировало 10 пунктов программ ЗТ, в г. Севастополе — 1 пункт.

Замещающий препарат поступал в Крым и г. Севастополь ежемесячно из Киева по линии ВБО "Всеукраинская Сеть лиц, живущих с ВИЧ".

В качестве "замещающего препарата" во всех пунктах ЗТ использовался метадон. В г. Симферополе помимо метадона использовался таблетированный бупренорфин для сублингвального применения. Программа по бупренорфину была рассчитана на 52 пациента, что объясняют более высокой стоимостью бупренорфина по сравнению с метадонем. Расширение программ ЗТ шло только за счет метадона.

Общее число пациентов в программе ЗТ на конец марта 2014 г. было 806 человек (табл. 1).

По итогам отчетного 2013 г. в Крыму на диспансерном учете состояло 27 138 больных с наркологическими расстройствами, из них 4275 — с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления наркотических средств и психотропных веществ (далее — больные наркоманией). В г. Севастополе на диспансерном учете состояло 1062 чел. Среди больных наркоманией в Крыму 85% — потребители кустарных опиатов. Случаев употребления героина на данных территориях не зафиксировано.

Таким образом, только 15% (806 чел.) были включены в программу ЗТ в Крымском ФО по отношению к общему числу больных наркоманией (5337 чел.).

Для ведения программ ЗТ на каждом пункте программ ЗТ в медицинских организациях было выделено по одному врачу-наркологу и одной медицинской сестре. Только в наркологическом диспансере г. Симферополя, где в программе ЗТ находилось 256 пациентов, для работы с пациентами программ ЗТ было выделено два врача-нарколога и две медицинские сестры. Другие врачи-наркологи и медицинские сестры к программам ЗТ отношения не имели. В целом по региону на 806 пациентов программ ЗТ было задействовано 14 врачей-наркологов и 18 медицинских сестер.

Таблица 1

Общая характеристика пациентов программ ЗТ

	Наркологический диспансер г.Симферополя	Противотуберкулезный диспансер №1 г.Симферополя	Керченский ПНД	Поликлиника №2, г.Евпатория	Поликлиника г.Саки	Гор. поликлиника №1, г.Ялта	Гор. психоневрологическая поликлиника, г.Феодосия	Центр. гор. поликлиника г.Красноперекоск	Центр. районная поликлиника г.Армянск	Центральная районная поликлиника пос.Джанкой	Севастопольская городская психиатрическая больница	Всего
Общее число пациентов	256	9	78	82	17	97	75	35	10	13	134	806
Мужчины/женщины	195/61	8/1	57/21	67/15	15/2	78/19	56/19	27/8	8/2	12/1	95/24	/
Средний возраст	38	36,7	31	40	38,7	26	37,2	38	35	41	35,5	

Официально была заявлена модель интегрированной помощи лицам в программах ЗТ, предусматривающая работу мультидисциплинарной бригады, состоящей из врача психиатра-нарколога, фтизиатра, инфекциониста, психолога, консультанта по совместному ведению пациентов с двойным (наркомания + ВИЧ/СПИД) и тройным (наркомания + ВИЧ/СПИД + туберкулез) диагнозами. Однако на практике никаких мероприятий по медицинской и социальной реабилитации, а также какого-либо социального сопровождения пациентам программ ЗТ не оказывалось. Лишь в Симферопольском наркологическом диспансере к работе с пациентами из программы ЗТ (256 чел.) был подключен один психолог, в функциональную нагрузку которого также входила работа со всеми другими пациентами диспансера.

Первый год функционирования программ ЗТ периодически проводилось выборочное исследование пациентов экспресс-тестами на установление факта потребления "уличных" наркотиков. Последние годы эти исследования не проводились.

Общая характеристика пациентов программ ЗТ

Общая характеристика пациентов программ ЗТ, по данным на 18 апреля 2014 г., приведена в табл. 2.

Возраст пациентов — 37—41 год, за исключением г. Ялты, где средний возраст пациентов — 26 лет.

Преобладали мужчины (77,5%), женщин было достоверно меньше (25,5%).

Наркологический анамнез у большинства пациентов программ ЗТ неблагоприятный. Средний стаж наркотизации от 21 года у пациентов Центральной районной поликлиники пос. Джанкой до 9,2 года у пациентов противотуберкулезного диспансера №1 г. Симферополя. Отмечена закономерная и неоднократно отмеченная прошлыми исследованиями корреляция продолжительности наркотизации со средним возрастом пациентов и тяжестью их соматического состояния: чем больше средний возраст больных, тем больше стаж наркотизации; чем тяжелее соматическое состояние больных, тем меньше средняя продолжительность наркотизации [5].

У всех пациентов в прошлом были неоднократные попытки лечения, которое обычно ограничивалось мероприятиями по детоксикации, практически никто в прошлом не включался в программы медицинской и социальной реабилитации. Со слов пациентов, состояния ремиссии после проведенного лечения не превышали 2—3 месяцев, а чаще — отсутствовали, и наркотизация возобновлялась сразу после выписки из наркологического стационара.

Соматическое состояние в целом по всей группе больных из программ ЗТ также неблагоприятное;

41,7% ВИЧ-инфицированы (336 чел.) 10% имеют вирусный гепатит В (80 чел.), 45,9% — вирусный гепатит С (370 чел.), 24,8% — инфицированы туберкулезом (200 чел.).

Среди участников программ ЗТ было 2 беременные женщины: одна пациентка в мае 2014 г. в срок родила ребенка с минимальными признаками абстинентного синдрома и еще до родов заявила об отказе от ребенка. У второй пациентки, согласно срокам беременности, роды планируются на октябрь 2014 г.

Коморбидные инфекционные заболевания отличаются тяжелым течением: среди всех ВИЧ-инфицированных 26 больных имеют ВИЧ-инфекцию IV стадии, среди всех больных туберкулезом 12 чел. имеют открытую форму туберкулеза.

Большинство больных имеют двойной (ВИЧ-инфекция + вирусный гепатит) или тройной (ВИЧ-инфекция + вирусный гепатит + туберкулез) диагноз. 126 больных (15,6%) в связи с имеющимся соматическим или инфекционным заболеванием имеют группу инвалидности.

Примерно половина больных в связи с имеющимися коморбидными инфекционными заболеваниями получали специфическую терапию: 166 чел. получали антиретровирусную терапию (далее — АРВТ) (20,6%) и 86 человек — противотуберкулезную терапию (10,7%).

Предварительная оценка последствий программ ЗТ в Крыму и в г. Севастополе за период с 2005 по 2014 гг.

Идеологи программ ЗТ традиционно их основной целью заявляют профилактику противоправной активности, предупреждение распространения гемоконтактных инфекций, а также оптимизацию социальной адаптации участников программ ЗТ. Однако в результате 9-летнего функционирования программ ЗТ на территории Крыма и г. Севастополя заявленные цели достигнуты не были:

- 65% участников программ ЗТ продолжали употреблять "уличные" наркотики, в том числе инъекционным способом;
- не более 15% пациентов работали;
- только 18% имели семьи, что для лиц в возрасте 39—41 года является показателем низкой социальной адаптации.

Практически у всех участников программ ЗТ выявлены стойкие рентные установки со стремлением на полное социальное обеспечение со стороны государства и общества, отсутствием стремления к трудовой деятельности, нежеланием лечиться и участвовать в программах реабилитации и ресоциализации. Обычно это связывают с искусственно поддерживаемым

Клиническая характеристика пациентов программ ЗТ

Пункт программ ЗТ	Стаж наркотизации	ВИЧ-инфекция	АРВТ	Ожидают АРВТ	Гепатит В	Гепатит С	ТБС	Заболевания опорно-двигат. аппарата	Заболевания органов зрения	Заболевания органов слуха	Инвалидность	Доза метадона (мг)		
												Мин.	Макс.	Сред.
Наркологический диспансер г.Симферополя	18	121	76	45	5	112	84	14	2	4	116	10	300	106,5
Противотуберкулёзный диспансер №1 г.Симферополя	9,2	8	6	3	2	3	9	1	0	0	1	25	150	78,6
Керченский ПНД	12	17	5	0	14	17	10	0	0	0		10	225	80
Поликлиника №2 г.Евпатория	15	20	9	1	4	58	14	1	0	0		5	200	80
Поликлиника г.Саки	15,6	5	3	0	1	14	2	1	0	0	4	45	200	102,6
Гор. поликлиника №1 г.Ялта	13	28	8	2	10	63	12	1	0	0		5	200	82
Городская психоневрол. поликлиника г.Феодосия	19,9	47	17	0	15	22	29	0	0	1		5	225	79,7
Центральная городская поликлиника г.Краснопереконск	17	12	2	1	2	8	4	1	1	0	2	10	175	75
Центральная районная поликлиника г.Армянск	15,9	7	0	0	1	3	1	0	0	0	1	50	110	79
Центральная районная поликлиника пос.Джанкой	21	9	6	0	2	5	9	0	5	5	2	40	320	180
Севастопольская городская психиатрическая больница		62	34	2	6	65	26	2	6	6		25	125	65
Всего		336	166	54	80	370	200	21	14		126			

в результате ЗТ патологическим влечением к наркоту [3, 4].

Пациентами неоднократно предпринимались попытки незаконного выноса "замещающего препарата" за пределы медицинской организации. На всех пунктах программ ЗТ были выявлены случаи склонения пациентами медицинских сестер к утаиванию "замещающего препарата", в том числе путем запугивания и угроз, что создавало условия для незаконного оборота наркотиков. В 2011 г. медсестра, работающая в пункте программы ЗТ Севастопольской городской психиатрической больницы, была осуждена к 12 месяцам лишения свободы за попытку хищения "замещающего препарата". В связи с этим медицинские организации, в структуре которых функционировали пункты программ ЗТ, были вынуждены каждые 2—3 месяца менять принимающих участие в выдаче "замещающего препарата" медицинских сестер.

Скопление в одном месте большого числа больных из программ ЗТ усложняло оперативную обстановку на близлежащих территориях. Например в г. Ялта, где пункт программы ЗТ находился на первом этаже жилого дома, от жителей соседних домов поступали жалобы на нарушающее общественный порядок поведение пациентов программ ЗТ, на создаваемые ими антисанитарные условия, на большое число разбросанных в близлежащих территориях шприцев.

Организация процесса закрытия программ ЗТ

Практически со следующего дня после подписания 21 марта 2014 г. Президентом Российской Федерации Федерального конституционного закона №6-ФКЗ во всех пунктах ЗТ начался процесс литического снижения доз "замещающего препарата". Во исполнение решения выездного совещания председателя Государственного антинаркотического комитета, состоявшегося в г. Симферополе 2 апреля 2014 г., программы ЗТ на территории Республики Крым и в г. Севастополе были завершены к 20 мая 2014 г.

На фоне постепенного снижения доз "замещающих препаратов" у большинства пациентов появлялись клинические признаки синдрома отмены. Это нередко приводило к ухудшению клинических показателей сочетанной патологии (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, туберкулез), что обуславливало вынужденное замедление темпов литического снижения доз "замещающих препаратов" [7, 8, 9].

С середины апреля 2014 г. усилиями волонтеров негосударственных центров социальной реабилитации и при организационной поддержке администрации наркологического диспансера г. Симферополя и главного внештатного нарколога Крыма в пунктах программ ЗТ с пациентами была организована мотивационно-разъяснительная работа, была организована

телефонная "горячая линия" по всем вопросам, связанным с завершением программ ЗТ и возможностью получения курса лечения и реабилитации.

Предпринимаемые организационные меры по завершению программ ЗТ и оптимизации деятельности наркологической службы в Крыму и в г. Севастополе

1. Организация мотивационной работы с пациентами программ ЗТ, ориентированной на их вовлечение в программы лечения и реабилитации.

Для этого на базе бывших пунктов ЗТ организуется:

а) информационно-разъяснительная работа по всем организационно-методическим вопросам оказания медицинской и социально-психологической помощи лицам с наркологическими расстройствами по стандартам Российской Федерации: листовки, информационные ролики по ТВ, настенная реклама, телефон "горячей линии" и т.д.;

б) мобильные мотивационные бригады из бывших потребителей наркотиков, которые работают в качестве волонтеров в центрах социальной реабилитации и участвуют в вовлечении бывших пациентов ЗТ в реабилитационные мероприятия;

в) мотивационная работа с использованием интернет-ресурсов наркологических организаций и центров социальной реабилитации.

2. Разработка плана лечебно-реабилитационных мероприятий для участников программ ЗТ с учетом лечебных и реабилитационных мощностей Республики Крым и г. Севастополя и при необходимости привлечения наркологических мощностей других регионов России:

- решение организационных вопросов по обеспечению возможности оказания медицинской помощи в наркологических организациях других субъектов Российской Федерации;

- решение финансово-организационных вопросов по доставке больных в наркологические организации других субъектов Российской Федерации;

- решение организационных вопросов с негосударственными центрами социальной реабилитации по их участию в данной программе.

3. Разработка индивидуальных планов по выходу из программы ЗТ для каждого пациента с учетом наличия и особенностей сочетанной патологии, его готовности к лечению и реабилитации, в том числе с выездом в другой регион. Для обеспечения совместной терапевтической деятельности в отношении пациентов с двойным и тройным диагнозом необходимо привлекать к данной работе врача терапевта, невропатолога, инфекциониста и фтизиатра.

4. Организация медицинской помощи пациентам программ ЗТ по российским стандартам с последующей социальной реабилитацией и ресоциализацией. Для этого в медицинских организациях, в которых реализовывались программы ЗТ, осуществляют следующие мероприятия:

- профессиональная переподготовка и правовое информирование медицинского персонала;
- разработка маршрутизации пациентов из всех пунктов программ ЗТ на последовательных этапах лечебно-реабилитационного процесса;
- организация call-центра для проведения информационно-разъяснительной и мотивационной работы с пациентами и их родственниками.

5. Обеспечение социальной реабилитации и ресоциализации с привлечением негосударственных организаций после завершения лечения и медицинской реабилитации.

6. Обеспечение непрерывности АРВТ и противотуберкулезной терапии при проведении лечения в медицинских организациях и социальной реабилитации в негосударственных центрах под наблюдением врача инфекциониста и фтизиатра.

7. Организация "Школы трезвости" (по аналогии со "школами" для больных диабетом, бронхиальной астмой и гипертонией) для социально-психологического сопровождения лиц, отказавшихся от употребления наркотических средств и психотропных веществ, в том числе и "замещающих" наркотических средств, после проведенного лечения и социальной реабилитации. При организации такого рода "Школ" предполагается использовать кадры, инфраструктуру и финансовые средства, освободившиеся после завершения программ ЗТ.

8. Решение вопросов лекарственного обеспечения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю "наркология".

Для решения всех этих вопросов организована Межведомственная рабочая группа, в состав которой входят представители ФСКН России и Минздрава России.

Список литературы

1. Айсберг О.Р. Заместительная терапия зависимости от опиоидов (обзор литературы) // Наркология и аддиктология: Сборник научных трудов / Под ред. проф. В.Д.Менделевича. — Казань, 2004. — С. 44—80.
2. Айсберг О.Р. Применение метадона для заместительной терапии опиоидной зависимости: Методические рекомендации для врачей/ Заместительная терапия наркомании: опыт Беларуси. — Сборник публикаций. — Минск, 2012. — С. 41—64.
3. Гофман А.Г. Иллюзии заместительной терапии. О статье В.Д.Менделевича "Заместительная терапия наркомании — новая проблема биомедицинской этики и медицинского права" // Независимый психиатрический журнал. — 2006. — № 1. — С. 69—71.
4. Гофман А.Г. Проблемы наркологии (рецензия на книгу В.Д. Менделевича и М.Л. Злобина "Аддиктивное влечение") // Наркология. — 2013. — №1. — С. 90—98.
5. Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
6. Субата Э. Заместительное лечение метадонном. — Кайнас: Vitae litera, 1999.
7. Gunne L.M., Gronbladh L. The Swedish methadone maintenance program: a controlled study // Drug Alcohol Depend. — 1981. — Vol. 7. — P. 249—256.
8. Strain E.C., Stitzer M.L., Liebson I.A., Bigelow G.E. Methadone dose and treatment outcome // Drug Alcohol Depend. — 1993. — Vol. 33. — P. 105—117.
9. Ward J., Hall W., Mattick R. P. Role of maintenance treatment in opioid dependence // Lancet. — 1999. — Vol. 353. — P. 221—260.

PRELIMINARY ASSESSMENT OF THE DRUG SITUATION, MEASURES TO CLOSE DOWN PROGRAMS "SUBSTITUTION THERAPY" FOR PEOPLE WITH OPIOID DEPENDENCE AND OPTIMIZATION OF ANTI-DRUG ACTIVITY SERVICE IN THE REPUBLIC OF CRIMEA AND SEVASTOPOL CITY

KLIMENKO T.V., KOZLOV A.A., PONIZOVSKY P.A., MANDYBURA A.V.

The history of the organization of substitution therapy programs, medical and social consequences of her 9-year-old operation in the Crimea and Sevastopol, the main directions of activity for its completion and translation of medical care for individuals with substance abuse disorders by Russian standards are present.

Keywords: substitution treatment program, substitution drugs, addiction, Russian treatment standards, social rehabilitation and resocialization, avoiding drugs.