

**Современные подходы к лечению
наркотической зависимости
и профилактике инфекций,
передающихся через кровь,
среди потребителей
инъекционных наркотиков**

Сборник статей

Минск – 2008

1

Составитель:
Юрий Саранков,
региональный советник «СПИД Фонд Восток-Запад»
yury_sarankov@afew.org

Современные подходы к лечению наркотической зависимости и профилактике инфекций, передающихся через кровь, среди потребителей инъекционных наркотиков.
Сост. Ю. Саранков. – Минск, 2008. – 126 с.

Предлагаемый сборник посвящен актуальным вопросам ведения пациентов с наркотической зависимостью, а также профилактики инфекций, передающихся через кровь, среди потребителей инъекционных наркотиков.

Сборник предназначен для врачей-наркологов, инфекционистов и медицинских консультантов профилактических программ, осуществляемых на базе анонимных консультационных пунктов.

©«СПИД Фонд Восток-Запад»
(*AIDS Foundation East-West, AFEW*), 2008

Содержание

В. ван ден Бринк, К. Хаасен

Научно обоснованное лечение пациентов, страдающих опиоидной зависимостью 7

М. Фаррелл, Л. Гоунг, Д. Марсен, У. Линг, Р. Али

Эффективность лечения наркотической зависимости в профилактике ВИЧ-инфекции 35

Н. Должанская, С. Андреев, Т. Бузина, С. Корень

ВИЧ-инфекция у потребителей инъекционных наркотиков (профилактика и лечение) 59

А. Александров

Практика изготовления и употребления суррогатных опиатов, приготовленных из зерен пищевого мака 99

А. Волик

Психостимуляторы кустарного изготовления на основе аптечных препаратов, содержащих фенилпропаноламин (типа Эффект, Колдакт, Фервекс). Картина употребления и характеристика вреда 105

А. Волик

Примеси в кустарных инъекционных наркотиках: составляющие вреда и профилактика вредных последствий 113



Научно обоснованное лечение пациентов, страдающих опиоидной зависимостью

В. ван ден Бринк, К. Хаасен

Evidence-Based Treatment of Opioid-Dependent Patients

W. van den Brink, MD, PhD¹, C. Haasen, MD, PhD².

Источник: Can J Psychiatry, Vol 51, № 10, September 2006.

Цель

Аналитический обзор вариантов лечения опиоидной зависимости.

Метод

Мы тщательно отобрали все опубликованные исследования по лечению опиоидной зависимости, уделив особое внимание систематическим обзорам литературы, формальным мета-анализам и недавно проведенным клиническим испытаниям.

Результаты

Клинический опыт и результаты нейробиологических исследований указывают на то, что опиоидная зависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием. Задачи лечения зависят от поставленных целей: кризисная интервенция, лечение, ориентированное на воздержание (детоксикация и профилактика рецидива), поддерживающая терапия агонистами. Высокое качество доказательной базы в литературе показывает, что для лечения опиоидной зависимости существует множество эффективных программ вмешательств. Кризисная интервенция, в которой часто возникает необходимость из-за высокой частоты передозировок, может эффективно осуществляться с помощью налоксона. Программы вмешательства, ориентированные на воздержание, эффективны лишь для небольшого числа мотивированных пациентов, у которых имеются стабильные жизненные условия и адекватная социальная поддержка. Лечение первой линии при опиоидной зависимости считается поддерживающая терапия агонистами. Многочисленные исследования показали эффективность метадона и бупренорфина; в то же время все более доступной становится поддерживающая терапия другими агонистами. Для небольшой группы наркозависимых пациентов, имеющих

¹ Professor of Psychiatry and Addiction, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Department of Psychiatry, Amsterdam, The Netherlands; Director, Amsterdam Institute for Addiction Research, Amsterdam, The Netherlands.

² Associate Professor of Psychiatry, University Medical Center Eppendorf, Department of Psychiatry, Hamburg, Germany; Manager, Center for Interdisciplinary Addiction Research, Hamburg, Germany.

тяжелую зависимость и не поддающихся другим видам терапии, необходимо сделать доступной поддерживающую терапию с помощью диаморфина. Для привлечения лиц с опиоидной зависимостью, которые еще не включены в программы лечения, могут послужить другие методы снижения вреда.

Вывод

Опиоидная зависимость — хроническое рецидивирующее заболевание, которое трудно поддается лечению, однако имеются эффективные методы лечения, направленные на стабилизацию пациентов и снижение вреда от употребления наркотиков, что позволяет повысить среднюю продолжительность и качество жизни.

Информация об источниках финансирования и поддержки, а также сведения об авторах представлены в конце статьи.

Клинические аспекты

- Поддерживающая терапия агонистами в сочетании с психосоциальной поддержкой должна быть доступна повсеместно и без ограничений для всех лиц с опиоидной зависимостью.
- Новые виды поддерживающей терапии с использованием антагонистов длительного действия являются перспективными, однако их следует применять только к пациентам, страдающим опиоидной зависимостью и имеющим внутреннюю мотивацию, состояние которых стабилизировалось.
- Заключение под стражу должно рассматриваться как возможность для начала или продолжения поддерживающей терапии и психосоциальной реабилитации.

Ограничения

- Данные литературы основаны на исследованиях пациентов, имеющих героиноую зависимость, хотя во многих случаях героин вытесняется другими незаконными рецептурно-назначаемыми опиоидами.
- Новые программы вмешательства, такие как лечение с помощью героина, МПД (морфина пролонгированного [длительного] действия, для приема через рот) и налтрексона (длительного действия), еще недостаточно изучены.
- Многие программы вмешательства и методы снижения вреда, используемые в тюрьмах для лиц, страдающих опиоидной зависимостью и не обращающихся за лечением, не были протестированы в рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ).

Ключевые слова: *опиоидная зависимость, поддерживающая терапия, детоксикация, профилактика рецидива.*

Согласно оценкам, ежегодный показатель распространенности употребления опиоидов в мире составляет около 0,4% (1) — со значительными различиями в зависимости от регионов. В европейских странах ежегодный

показатель распространенности варьирует от 0,2% в Греции, Польше и Нидерландах до 0,8% в Италии и Великобритании (2). В Соединенных Штатах этот показатель составляет примерно 0,4% (3), в Китае – примерно 1,2% (4), в Канаде он составляет примерно 0,4% (5). В большинстве европейских стран героин является наиболее распространенным незаконно употребляемым опиоидом, тогда как в Великобритании и Канаде главными нелегальными опиоидами все чаще и чаще оказываются незаконно приобретенные рецептурно-назначаемые опиоиды. К ним относятся гидроморфон (Дилаудил), оксикодон (Оксиконтин), кодеин (Кодеин), меперидон (Демерол), морфин (МС-Контин) и гидрокодон (Викондин). В некоторых районах Канады героин практически исчез из списка незаконно употребляемых опиоидов, например, в Торонто (6), Эдмонтоне и Квебеке (5).

Опиоидная зависимость связана с тяжелыми соматическими заболеваниями, главным образом с ВИЧ и гепатитом С, которые являются следствием внутривенного приема наркотиков, а также с тяжелыми социальными, психологическими и соматическими проблемами, связанными с незаконным статусом наркотика и хронической природой заболевания. Опиоидная зависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием и, как принято считать, обусловлена совокупностью факторов: генетических; факторов, связанных с самим наркотиком, и факторов окружающей среды (7–9). Следовательно, лечение опиоидной зависимости может ставить перед собой различные цели в зависимости от состояния здоровья и лечебного анамнеза человека: кризисная интервенция, направленная на сохранение жизни; лечение в рамках программ, ориентированных на воздержание, с целью стабилизации состояния абстиненции и, в конечном счете, освобождения от зависимости; или медицинская помощь в виде поддерживающего лечения, нацеленного на снижение уровня употребления незаконных наркотиков и количества преступлений, связанных с наркотиками, что приводит к улучшению состояния здоровья и социального функционирования потребителей.

Сокращения, используемые в статье

СМ – ситуационный менеджмент (contingency management)*

ВМ – внутримышечно

ЛААМ – лево-ацетилметадол

ПТМ – поддерживающая терапия метадоном

НОФОЗ – Национальная система оценки фармакотерапии в лечении опиоидной зависимости (National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence)

РКИ – рандомизированное контролируемое исследование

СЛ – сублингвально

МПД – морфин пролонгированного (длительного) действия

* При ситуационном менеджменте (contingency management) используется система поощрения как метод вознаграждения пациента за соблюдение требований лечения. — *Прим. пер.*

Для лечения опиоидной зависимости используются многочисленные эффективные фармакологические и психосоциальные интервенции. Несмотря на различные задачи таких интервенций, их общая цель – улучшить состояние здоровья, снизить уровень преступности, связанной с наркотиками, и способствовать поддержанию общественного порядка. В основе фармакологических интервенций лежит общий механизм влияния различных наркотиков на нейронные связи. Процесс формирования наркотической зависимости был условно разделен на несколько фаз, для описания которых используются такие термины, как инициация, продолжение употребления, синдром отмены и рецидив. Эти фазы характеризуются преобладающим действием специфических нейромедиаторов, вовлечением определенных структур головного мозга и процессами в специфических нейронных цепях (см., например, 10–12). В первой фазе, фазе инициации, μ -опиоидные рецепторы (эндорфиновые) и дофамин играют важную роль в немедленно возникающем эффекте подкрепления, вызванном приемом наркотика, при этом основные заинтересованные структуры – это вентральная теменная область и прилежащее ядро (*nucleus accumbens*). Во второй фазе, когда прием наркотиков продолжается, срабатывают сформировавшиеся условные рефлексы и возникает тяга к наркотику, задействованы несколько нейромедиаторов, включая дофамин в прилежащем ядре (*nucleus accumbens*), кортикотропин-рилизинг фактор в миндалевидном теле (*amygdale*) и глутамат во фронтально-цингулярной нейронной цепи. В третьей фазе, фазе детоксикации и синдрома отмены, основную роль играют глутамат и нореpineфрин (норадреналин) в *locus coeruleus*. В четвертую фазу, фазу рецидива после периода воздержания, вовлечены такие области головного мозга, как орбитофронтальная кора, передняя цингулярная извилина и *amygdale*, в которых нореpineфрин и кортикотропин-рилизинг фактор представляют стрессорную систему головного мозга (механизм возникновения рецидива, вызванного стрессом), а гамма-аминомасляная кислота и глутамат играют роль в формировании системы компульсивного влечения и привычки (механизм возникновения рецидива, вызванного условно-рефлекторными стимулами).

Роли этих различных процессов, соответствующих нейромедиаторов и механизмы их взаимодействия имеют решающее значение для понимания терапевтических стратегий. Например, есть возможность заблокировать процесс позитивного подкрепления, заменить нелегальные наркотики другими, менее опасными или менее аддиктогенными компонентами, предотвратить или снизить гиперактивность стрессорной системы или восстановить баланс между различными нейронными системами. В ниже следующем обзоре доступных на сегодняшний день видов лечения героиновой зависимости мы показываем, что воздействие на многие из этих нейромедиаторных систем и нейронных цепей может быть использовано с целью улучшения состояния здоровья пациентов.

Кризисная интервенция

Передозировка героином является одной из основных причин смерти среди лиц, страдающих опиоидной зависимостью (13). Четко установлено, что среди лиц с опиоидной зависимостью передозировки без летальных исходов – частое явление (14). Эффективным средством для восстановления дыхательной деятельности и выведения пациентов с передозировкой из комы служит антагонист опиоидов короткого действия налоксон. Одно из исследований показало, что случаи передозировок без летального исхода за последний год имели место у 23–33% потребителей инъекционного героина, 43% опрошенных потребителей за последний год стали свидетелями передозировки (15). Часто героиновая передозировка происходит дома и в присутствии других лиц.

Нет свидетельств того, что подкожная или внутримышечная инъекция налоксона уступает по эффективности внутривенному введению (16). Это способствовало обсуждению новой стратегии снижения рисков передозировки путем предоставления налоксона потребителям наркотиков, чтобы они смогли использовать лекарство для предотвращения передозировки с летальным исходом друг у друга (19) в домашних условиях (13, 17, 18). В других исследованиях изучался превентивный эффект имплантатов с медленно высвобождающимся налтрексоном, а первые полученные результаты подтверждают его клиническую эффективность в профилактике опиоидной передозировки (19).

Ретроспективное когортное исследование показало, что адекватные методы сердечно-легочной реанимации со стороны очевидца передозировки применяются редко, но оказываются эффективными, приводя к снижению частоты госпитализации и небольшим, но существенным улучшениям в клинических исходах (20). Такие интервенции могут создать условия для спасения жизни и предотвратить нежелательные последствия. Кроме того, поскольку недавний период воздержания может привести к снижению толерантности и, как было показано, является моментом особенного риска, наилучший способ предотвратить передозировку – участие в программах поддерживающего лечения опиоидами. Все лица, зависимые от опиоидных препаратов, выбирающие лечение, ориентированное на воздержание, должны быть информированы об особом риске передозировки после периода воздержания. Это особенно актуально в случаях, когда состояние абстиненции было достигнуто благодаря поддерживающему лечению с использованием пролонгированного антагониста опиоидов налтрексона. Длительное применение налтрексона может сделать μ -опиоидные рецепторы сверхчувствительными и повысить риск передозировки (21).

Передозировка героином также является одной из главных причин обращения лиц с героиновой зависимостью за лечением в клинических условиях (главным образом в отделениях неотложной помощи): примерно каждый четвертый из таких пациентов начинает наркологическое лечение в период до 30 дней с последней передозировки (22). Это способствовало появлению программ, направленных на обучение сотрудников отделений

неотложной помощи тому, как предоставлять информацию по вопросам лечения наркозависимости и повышать мотивацию пациентов на лечение.

При лечении пациентов с передозировкой всегда необходимо учитывать, каким именно опиоидом она вызвана, и обращать особое внимание на период полувыведения различных опиоидов. Героин и такие рецептурные опиоиды, как гидроморфин, морфин, оксикодон и кодеин, имеют относительно короткий период полувыведения (от 2 до 6 часов), и однократного введения налоксона (период полувыведения от 1 до 2 часов) обычно достаточно, чтобы решить проблему. Однако период полувыведения метадона значительно дольше (от 16 до 48 часов), и, чтобы гарантировать стабильное разрешение потенциальной (связанной с риском для жизни) ситуации, может понадобиться несколько курсов налоксона. И, наконец, частичный агонист бупренорфин имеет относительно короткий период полувыведения (3—4 часа), но для него характерно очень выраженное сродство с μ -опиоидными рецепторами и длительное воздействие на них, что в случае передозировки потребует более высоких доз налоксона. Из вышесказанного следует, что очень важно знать вид опиоида или комбинации опиоидов, вызвавших передозировку, назначать адекватные дозы антидота и осуществлять наблюдение за пациентом в условиях клиники не менее 24 часов.

Интервенции, ориентированные на воздержание

Несмотря на хроническую природу опиоидной зависимости, излечение заболевания все же представляет главный интерес для специалистов и людей с наркотической зависимостью. Излечение описывается как длительное стабильное воздержание от приема всех опиоидов. Воздержание достигается в два этапа: фазы детоксикации, когда употребление опиоидов прерывается — обычно путем сокращения, а затем полного прекращения; и фазы профилактики рецидива, при которой требуется поддержание абстиненции. Несмотря на значительный прогресс в лечении опиоидной зависимости, достигнутый за последние два десятилетия, результаты лечения в программах, ориентированных на воздержание, остаются плохими (23).

Детоксикация

Для лечения синдрома отмены во время детоксикации могут использоваться различные фармакологические средства, включая (частичные) агонисты опиоидов, антагонисты опиоидов и агонисты альфа-2 адренэргических рецепторов. Главная цель фармакотерапии в процессе детоксикации — уменьшить тяжесть симптомов отмены, чтобы избежать ненужного страдания и медицинских осложнений (например, эпилептических припадков) и повысить мотивацию на продолжение лечения (24). Различные обзоры из базы данных библиотеки Кохрана³ по детоксикации указывают на то, что наиболее детально изучена такая эффективная стратегия

³ Библиотека Кохрана (Cochrane library) — база данных по доказательной медицине.

детоксикации пациентов, страдающих опиоидной зависимостью как замена нелегальных опиоидов короткого действия опиоидным агонистом длительного действия метадон, доза которого постепенно сокращается вплоть до полной отмены препарата (25). Процесс и результаты постепенного снижения дозы длительно действующего агониста опиоидов можно улучшить с помощью дополнительного назначения таких блокаторов кальциевых каналов, как нимодипин (26), тогда как дополнительное назначение амантадина, похоже, не повышает эффективности процесса постепенной отмены метадона у зависимых от героина пациентов, имеющих или не имеющих сопутствующую зависимость от кокаина (27).

Кроме того, имеются данные о том, что тяжесть синдрома отмены в процессе постепенного снижения дозы метадона можно облегчить с помощью различных психосоциальных методов воздействия, таких как подробное информирование пациентов (28), ситуационный менеджмент (29) или консультирование (30). В обзоре данных библиотеки Кокрана было показано, что психосоциальные методы лечения, предложенные пациентам как дополнение к любой из программ фармакологической детоксикации, были эффективны в отношении повышения показателей прохождения полного курса лечения, долгосрочных результатов и приверженности лечению (31). Клебер (Kleber) предлагает для повышения эффективности фармакологического лечения комбинировать его с поведенческими и психосоциальными подходами (32).

Другие эффективные стратегии включают замену героина частичным агонистом опиоидов бупренорфином, доза которого постепенно снижается, или после резкого прекращения приема героина назначение альфа-2 адреномиметиков (например, клонидина или лофексидина) для снятия симптомов отмены (33, 34). Обзор данных библиотеки Кокрана показал, что постепенное снижение дозы бупренорфина является более эффективным методом для преодоления синдрома отмены, чем прием клонидина; несмотря на более быстрое преодоление симптомов отмены при назначении бупренорфина, существенных различий между бупренорфином и метадон по такому показателю, как купирование синдрома отмены, обнаружено не было (33). Преимущества бупренорфина перед клонидином находятся не только в плоскости спектра побочных эффектов, но и в том позитивном влиянии, которое он оказывает на физическое благополучие и психосоциальные аспекты жизни пациента (35). Бупренорфин может применяться для детоксикации в амбулаторных условиях, однако сравнительная эффективность амбулаторного и стационарного лечения синдрома отмены все еще неясна (36).

Тем не менее, принимая во внимание серьезный психологический стресс и повышенный риск летального исхода, Корнор (Kornog) и соавторы рекомендуют проводить надежный мониторинг при амбулаторном снижении дозы бупренорфина (37). В недавно проведенном обзоре Костен и О'Коннор (Kosten and O'Connor), видимо, отдают предпочтение бупренорфину перед метадон в качестве схемы первой линии, включающей снижение дозы опиоида и детоксикацию, поскольку симптомы отмены

метадона длтятся дольше, чем при отмене бупренорфина (38). При этом необходимо заметить, что пациентов на высоких дозах героина иногда трудно стабилизировать с помощью частичного агониста бупренорфина, что приводит к появлению симптомов отмены и раннему прекращению лечения. Согласно последним рекомендациям детоксикацию при героиновой зависимости необходимо проводить однократной высокой дозой бупренорфина (32 мг), поскольку сочетание таких факторов, как высокая доза, относительно долгий период полувыведения из плазмы и медленное отсоединение наркотика от опиоидных рецепторов, похоже, делают процесс снижения дозы плавным и эффективным (39). И, наконец, для улучшения процесса детоксикации используется пролонгированный бупренорфин в форме инъекций для однократного внутримышечного введения (40, 41).

Детоксикацию также можно поддержать агонистами альфа-2 адренэргических рецепторов, такими как клонидин и лофексидин. Несмотря на то что в пользу эффективности клонидина существует больше доказательств, к настоящему моменту подтверждено, что лофексидин более предпочтителен, поскольку вероятность возникновения гипотензии при использовании данного препарата меньше (34). Это делает назначение лофексидина особенно уместным в условиях исправительных учреждений, когда невозможно назначить пациенту метадон (42). При сравнении агонистов альфа-2 адренэргических рецепторов и программы постепенного снижения дозы метадона выявляются некоторые различия — процесс снижения дозы метадона занимает больше времени, нет разницы в показателях завершения полного курса лечения, одинаковый или чуть тяжелее протекающий синдром отмены при использовании агонистов альфа-2 адренэргических рецепторов, более быстрое разрешение синдрома отмены при использовании агонистов альфа-2 адренэргических рецепторов, больше побочных действий при использовании клонидина, но разница в клинической эффективности в целом отсутствует (34).

В качестве попытки сократить фазу детоксикации, повысить показатель завершения полного курса детоксикации и ускорить начало программ профилактики рецидива с помощью фармакологических средств были внедрены процедуры детоксикации налтрексоном — как под сильным седативным эффектом или полной анестезией, так и без. Согласно обзору данных библиотеки Кокрана, применение опиоидных антагонистов (таких, как налтрексон, налоксон или обоих препаратов) в комбинации с агонистами альфа-2 адренэргических рецепторов для облегчения симптомов отмены является реалистичной стратегией детоксикации, особенно в качестве инструмента, помогающего пациенту перейти в программу поддерживающей терапии с помощью опиоидных антагонистов (43). Синдром отмены, связанный с данной стратегией, скорее всего будет более тяжелым, чем при использовании только агонистов альфа-2 адренэргических рецепторов, однако симптомы и проявления, вероятно, исчезнут быстрее, благодаря чему весь эпизод синдрома отмены будет восприниматься как что-то менее тяжелое, чем при изолированном исполь-

зовании клонидина или лофексидина. При этом после первоначального введения налтрексона потребуется тщательный мониторинг на протяжении нескольких часов из-за таких возможных проявлений, как рвота, диарея и делирий (43–45). В одном рандомизированном контролируемом исследовании проводилось сравнение трех схем: клонидин, клонидин + налтрексон, клонидин + налтрексон + бупренорфин (46). После стабилизации в течение всего лишь трех дней пациенты, принимающие бупренорфин, сообщили о меньшем количестве симптомов отмены, чем пациенты в двух других группах.

Что касается детоксикации с помощью налтрексона под сильным седативным эффектом или полной анестезией, первоначальный энтузиазм сменился скептицизмом или полным отторжением этой идеи. Несмотря на более ранние сообщения, оказалось, что большинство пациентов продолжают испытывать умеренно выраженные симптомы отмены как минимум несколько дней после анестезии. Кроме того, были сообщения о нескольких тяжелых случаях побочных эффектов, связанных с анестезией. Авторы отчета о первом РКИ, в котором непосредственно сравнивалась детоксикация налтрексоном с полной анестезией и без нее, недвусмысленно заявляют о том, что глубокому седированию и полной анестезии нет места в программах быстрой детоксикации налтрексоном (47).

Более того, в недавно проведенном рандомизированном клиническом испытании, где проводилось сравнение детоксикации налтрексоном с анестезией и детоксикации с помощью бупренорфина или клонидина, Коллинз (Collins) и соавторы не обнаружили различий в тяжести синдрома отмены и показателях полного завершения курса лечения, однако выявили три потенциально угрожающих жизни побочных эффекта, вызванные анестезией (48). Они сделали вывод о том, что полученные данные свидетельствуют не в пользу идеи использования анестезии для детоксикации. Обзор литературы также показал, что детоксикация с использованием анестезии, если процедура осуществляется неправильно, несет в себе опасность, связанную с реакцией симпатической нервной системы (49). В двух недавно опубликованных обзорах материалов библиотеки Кокрана говорится о том, что метод детоксикации налтрексоном под седативным эффектом или полной анестезией не должен использоваться, поскольку он не дает дополнительного преимущества с точки зрения облегчения синдрома отмены, не повышает шансы вступления пациента в программу поддерживающей терапии налтрексоном и при этом увеличивает вероятность возникновения потенциально опасных для жизни состояний (44, 50).

Было сделано несколько попыток разработать другие фармакологические подходы для детоксикации при опиоидной зависимости. Один из таких подходов — использование трамадола, анальгетика центрального действия с опиоидной активностью, но низким потенциалом для злоупотреблений; при лечении опиоидной зависимости предварительные результаты показывают клиническую эффективность трамадола, эквива-

лентную бупренорфину (51). Другой подход предполагает применение бупирона для лечения острого синдрома отмены опиоидов, исходя из предположения, что синдром отмены опиоидов может быть связан со снижением серотонинэргической нейротрансмиссии (51). Первые результаты показали, что бупирон также эффективен в устранении симптомов отмены, как и метод постепенного сокращения дозы метадона (52). Однако для того чтобы сделать надежные выводы относительно эффективности этих новых стратегий детоксикации, необходимо проводить дальнейшие исследования.

Несмотря на то что поддерживающая терапия метадоном или бупренорфином является предпочтительной для беременных женщин, страдающих героиновой зависимостью (53–55), детоксикация с помощью налтрексона может быть альтернативным вариантом для тех женщин, которые не в состоянии стабилизироваться на метадоне или бупренорфине и продолжают употреблять уличные наркотики. В 18 случаях при использовании налтрексоновой детоксикации во всех трех триместрах беременности не было зафиксировано неонатальных, материнских или акушерских осложнений (56).

Профилактика рецидива

Традиционные программы профилактики рецидива были ограничены длительным стационарным лечением (по меньшей мере в течение 9 месяцев) и проводились в формате терапевтического сообщества. Во многих странах эта модель была заменена более короткими стационарными видами лечения, длящимися менее шести недель. Тем не менее позитивный эффект как длительных, так и краткосрочных программ ограничен. В Национальном исследовании результатов лечения (National Treatment Outcome Research Study), где отслеживалась судьба 242 пациентов, страдающих опиоидной зависимостью, на третий месяц после лечения в программе с проживанием было обнаружено, что 34% вернулись к употреблению героина в течение 3 дней, 45% – в течение 7 дней, 50% – в течение 14 дней и 60% – в течение 90 дней. По мнению авторов, результаты данного исследования указывают на необходимость предоставления пациентам поддержки после лечения, чтобы помочь им сохранить достигнутые успехи и избежать рецидивов, риск которых в это время высок (57).

Один из вариантов снижения риска возврата к употреблению нелегальных опиоидов – назначение таких антагонистов опиоидов, как налтрексон – «образцового препарата, подавляющего тягу к наркотику» (58). Главное препятствие для использования данной стратегии – высокий показатель ухода пациентов из программы детоксикации, что при проведении большинства исследований поддерживающей терапии налтрексоном приводит к формированию крайне избирательной выборки пациентов (59). В мета-аналитическом обзоре было показано, что удержание на лечении является наиболее важным прогностическим фактором, определяющим эффективность налтрексона при лечении опиоидной зависимости; по

этой причине авторы предложили добавить к поддерживающей терапии налтрексоном консультирование (60) или ситуационный менеджмент (61). Другая надежная альтернатива для улучшения показателя удержания на лечении — использование депо-формулы налтрексона. Недавно проведенное исследование, в котором испытывалась данная форма препарата, показало, что на лечении спустя два месяца остаются от 60 до 80% пациентов (62). При этом выборка в исследовании была маленькой, а сравнение с пероральной формой налтрексона не проводилось. Следовательно, потенциальные преимущества препарата должны считаться многообещающими, но пока не доказанными.

Хотя пациенты и получают поддерживающую терапию налтрексоном, результаты этого лечения пока нельзя назвать многообещающими. По мнению авторов обзора материалов библиотеки Кокрана, систематический анализ имеющихся доказательств не выявил преимуществ налтрексона даже при сравнении с плацебо по таким показателям, как удержание на лечении, побочные эффекты или уровень рецидива (63). Данный вывод подтверждается результатами исследования NEPOD, проведенного в Австралии, которое показало, что спустя шесть месяцев лишь 4% пациентов, начавших получать поддерживающую терапию налтрексоном, все еще находились на лечении (64). Более того, пациенты предпочитали профилактику рецидива с помощью бупренорфина или метадона, а не налтрексоном (65). Следовательно, поддерживающая терапия налтрексоном или профилактика рецидива должны применяться только в отношении тех пациентов, которые имеют высокий уровень мотивации на длительную полную абстиненцию, или тех, чьи жизненные условия стабильны, например, бизнесменов или врачей (66, 67).

Лечение с помощью налтрексона также может быть показано беременным женщинам, которые не могут стабилизироваться на метадоне или бупренорфине. Детоксикация налтрексоном и профилактика рецидива во время беременности и после родов могут быть реальной альтернативой, несущей минимальные риски — как для матери, так и для ребенка (56). В недавно проведенном исследовании у женщины на 23-й неделе беременности пероральный налтрексон, который она не смогла принимать по предписанию врача, был успешно заменен подкожным имплантатом налтрексона (1,8 г) в поли-ДЛ-лактидной кислоте (68). Подобные отчеты имеются и в отношении эффективного лечения небеременных пациенток (69, 70). Тем не менее, в противовес таким положительным результатам, некоторые авторы сообщили о нескольких случаях осложнений при использовании имплантатов (71). Недавно были опубликованы сообщения о позитивных результатах в отношении безопасности и потенциальной эффективности пролонгированной депо-формулы налтрексона, адекватный антагонистический эффект которого сохранялся до пяти недель после инъекционного введения (62, 72), а также в отношении подкожно имплантированных капсул с медленно высвобождающимся налтрексоном (73).

Другая стратегия повышения показателей приверженности лечению — сочетание поддерживающего лечения налтрексоном с ситуационным

менеджментом (СМ), при котором используется система поощрения ваучерами. Данная стратегия состоит в том, что пациенты, принимающие налтрексон и имеющие отрицательные анализы мочи на наркотики, получают ваучер, который можно обменять на определенные товары и услуги. Три исследования продемонстрировали лучшие показатели приверженности и эффективности при использовании налтрексона в комбинации с СМ (74–76). Добавочный эффект СМ не зависел от других методов поддержки (75) и не был связан с «ценностью» ваучеров (74). Один мета-аналитический обзор показал, что СМ повышает показатель удержания на лечении налтрексоном (61). В другом обзоре О'Брайен (O'Brien) делает вывод о том, что препараты для профилактики рецидива наиболее эффективны тогда, когда они назначаются в сочетании с консультированием, когнитивной терапией и поведенческими методами (58).

Результаты нерандомизированного (77) и открытого рандомизированного (78) исследований, направленных на улучшение результатов поддерживающей терапии налтрексоном, говорят о том, что комбинация налтрексона с селективным ингибитором обратного захвата серотонина более эффективна, чем изолированное назначение налтрексона. Однако первое рандомизированное плацебо-контролируемое клиническое испытание в группе пациентов без депрессии не продемонстрировало какого-либо длительного эффекта комбинированного лечения (79).

Еще две проблемы, связанные с назначением налтрексона, заслуживают особого внимания: потенциальная индукция депрессии налтрексоном и риск передозировки, возникающий после прекращения лечения налтрексоном. По результатам систематического обзора имеющейся литературы были сделаны выводы о том, что, учитывая противоречивость данных, четкая связь между приемом налтрексона и депрессией или агедонией предположительно отсутствует, а сниженная толерантность к опиатам, возникающая после лечения налтрексоном, действительно может повысить риск передозировки героином (60). Пациенты должны быть непременно предупреждены о таком риске.

Поддерживающая терапия

Принимая во внимание хронический рецидивирующий характер заболевания и общие неутешительные долгосрочные результаты детоксикации в сочетании с профилактикой рецидива, наиболее важными целями лечения во многих странах стали стабилизация уровня употребления незаконных наркотиков, повышение благополучия пациента и снижение вреда, связанного с приемом наркотиков. В этом отношении программы поддерживающей терапии с помощью опиоидов являются наиболее важными стратегиями, поскольку они связаны со снижением уровня употребления героина и поведения, повышающего риск инфицирования ВИЧ (80). Учитывая высокий показатель частоты рецидивов после детоксикации, поддерживающая терапия в настоящее время считается лечением первой линии для таких пациентов (81). Программы поддерживающей

терапии с помощью опиоидов осуществляются в большинстве стран, однако выбор препарата варьируется. Метадон — наиболее полно изученный и широко применяемый препарат для поддерживающей терапии. К другим средствам относятся другие агонисты опиатов, такие как ЛААМ, кодеин, пролонгированный морфин и диаморфин, а также частичный агонист μ -опиоидных рецепторов бупренорфин.

Согласно недавно опубликованному обзору материалов библиотеки Кохрана для поддерживающей терапии эффективность метадона, ЛААМа и бупренорфина при условии назначения в адекватных дозах считается доказанной (82—84). В другом обзоре материалов библиотеки Кохрана было показано, что для удержания пациентов на лечении и снижения уровня употребления героина и кокаина во время лечения суточная доза метадона 60—100 мг более эффективна, чем меньшие дозы (85). Сравнительный мета-анализ исследований, проведенных с 1966 по 1999 год, показал, что для снижения уровня употребления незаконных наркотиков высокие дозы метадона (≥ 50 мг в день) более эффективны, чем низкие дозы (< 50 мг в день); что высокие дозы метадона более эффективны, чем низкие дозы бупренорфина (< 8 мг в день); и что высокие дозы метадона одинаково эффективны при сравнении с высокими дозами бупренорфина (≥ 8 мг в день) в отношении показателя удержания на лечении и снижения уровня употребления незаконных опиатов (86). Тот же самый мета-анализ показал, что ЛААМ настолько же эффективен, как и высокие дозы метадона, однако пациенты на ЛААМе чаще преждевременно покидают лечение (86). Подобные выводы предлагает РКИ с четырьмя группами пациентов, которым назначались: низкая доза метадона, высокая доза метадона, высокая доза бупренорфина и ЛААМ (87).

В период своего появления ЛААМ считался многообещающим препаратом и даже лучшим для поддерживающей терапии, чем другие агонисты опиоидов. В рандомизированном перекрестном клиническом испытании среди 62 пациентов, стабилизированных на метадоне, большинство (69%) предпочли ЛААМ, а не метадон. Главные причины для выбора ЛААМа были: меньшее количество симптомов отмены и побочных эффектов, меньшая тяга к героину и меньшее число дней, когда необходимо приходиться за препаратом (88). Поддерживающая терапия ЛААМом также показала свою осуществимость и потенциальную эффективность при лечении зависимых от героина осужденных из Балтиморской тюрьмы: 61% начавших принимать ЛААМ во время заключения присоединились к программе поддерживающей терапии после освобождения (89). Показатель успешности этой программы был равен результатам реализации тюремной метадоновой программы в Нью-Йорке (90). Однако в марте 2001 года Комитет патентования медицинских продуктов рекомендовал Европейской комиссии приостановить лицензию на продажу ЛААМа после того, как появилось сообщение о 7 случаях синдрома полиморфной желудочковой тахикардии (*torsade de pointes*) — потенциально летальной желудочковой аритмии (91). По тем же самым причинам администрация США по пищевым продуктам и лекарственным средствам изменила мар-

кировку ЛААМа, с тем чтобы подчеркнуть, что он показан только для тех пациентов, страдающих опиоидной зависимостью, лечение которых другими адекватными методами оказалось безуспешным (92).

Наиболее изученный и самый эффективный опиоидный агонист для поддерживающей терапии — метадон (32, 93). Результаты лечения можно существенно улучшить при повышении дозировок (76, 94—97) и предоставлении адекватной психосоциальной поддержки (31, 76, 98). Однако было показано, что даже до начала комплексной ПТМ, ПТМ без психосоциальной помощи как предварительное терапевтическое мероприятие повышает вероятность начала комплексного лечения, снижает уровень употребления героина и частоту криминального поведения (99).

Адекватные дневные дозы препарата являются фактором, оказывающим решающее влияние на показатель удержания в программе ПТМ (100). В США применение низких доз метадона было в большинстве случаев вытеснено назначением высоких доз: в 1988 году почти 80% пациентов получали дозу менее 60 мг в день, тогда как такую же дозу в 2000 году получали лишь 36% пациентов (101). Недавно проведенные исследования предоставили дополнительные свидетельства того, что дозы метадона от 30 до 60 мг могут быть эффективны для подавления симптомов отмены, однако для элиминации употребления героина в процессе ПТМ необходимы дозы 120 мг и более (96, 102). Необходимо заметить, что прием очень высоких доз препарата ассоциирован с возникновением синдрома полиморфной желудочковой тахикардии, как и в случае лечения ЛААМом (103); тем не менее случаи *de pointes de pointes* были зафиксированы и среди пациентов, получающих рекомендованные дозы от 60 до 100 мг в день (104). Адекватные психосоциальные интервенции могут повысить эффективность ПТМ, однако другие интенсивные вспомогательные услуги, такие как программы дневного ухода, не связаны с дополнительными преимуществами и считаются нерентабельными (105, 106).

Метадон в большинстве стран является препаратом поддерживающей терапии первой линии, однако для зависимых от героина пациентов, не получающих терапевтического эффекта от адекватных доз метадона, альтернативным вариантом может быть бупренорфин (несмотря на то что эмпирические данные в пользу назначения препаратов второй линии отсутствуют). Эффективность бупренорфина для поддерживающей терапии при опиоидной зависимости была продемонстрирована в нескольких исследованиях (ознакомиться с обзором клинических испытаний можно у Ling and Wesson, 66). Дополнительные свидетельства указывают на то, что показатель смертности среди пациентов на поддерживающей терапии бупренорфином по сравнению с ПТМ даже ниже (107).

Кроме того, бупренорфин может рассматриваться в качестве безопасной и осуществимой альтернативы для предоставления терапии с помощью опиоидов на базе учреждений первичной медицинской помощи. В двух небольших исследованиях, проведенных в США, назначение бупренорфина на базе учреждений первичной медицинской помощи ассоциировалось с хорошими показателями удержания на лечении (70—80%) и прие-

млемым процентом отрицательных анализов мочи на содержание опиатов (43—64% пациентов имели отрицательные анализы мочи в течение трех и более недель подряд) (108, 109). Эти положительные результаты были подтверждены в более широком клиническом испытании, которое показало снижение уровня употребления опиатов и влечения к наркотикам под влиянием бупренорфина (110). Похожие результаты были получены несколько лет назад во Франции (111). В США были приняты общие положения о методах лечения опиоидной зависимости с использованием бупренорфина на базе учреждений первичной медицинской помощи (112).

Так или иначе, бупренорфин обычно назначается в форме сублингвальных таблеток и, соответственно, должен быть водорастворимым. Как следствие, таблетки бупренорфина можно растворить и ввести инъекционным способом; о случаях злоупотребления препаратом уже сообщалось в нескольких странах, особенно в странах, где препарат назначается на базе учреждений первичной медицинской помощи (113). Из-за наличия потенциала для злоупотребления интерес исследователей был направлен на создание таблетки, которая содержит бупренорфин (с хорошей биодоступностью при сублингвальном приеме) и налоксон (с плохой биодоступностью при сублингвальном приеме). Таким образом, таблетка бупренорфина/наллоксона, вводимая неинъекционным путем (то есть сублингвально), должна вызвать бупренорфиновый эффект, тогда как в случае ее растворения в воде и внутривенного введения лицу, страдающему опиоидной зависимостью, возникает синдром отмены. Эти предположения были подтверждены различными экспериментальными исследованиями, которые показали, что комбинация бупренорфина и налоксона в соотношении 4:1 действительно имеет низкий потенциал для злоупотребления (114), но также эффективна для снижения уровня употребления и влечения к опиатам (110). Необходимо отметить, что в обычных клинических обстоятельствах дополнительная ценность стратегии комбинирования препаратов не была доказана.

И наконец, исследование в США по изучению рентабельности, при котором использовалась динамическая модель для выявления последствий включения программ бупренорфиновой поддерживающей терапии в существующую систему лечения, которая уже включает ПТМ, показало, что поддерживающая терапия бупренорфином рентабельна во всех изучаемых сценариях, если стоимость ежедневной дозы препарата составляет менее пяти долларов США. При стоимости ежедневной дозы 15 долларов США бупренорфин рентабелен только в том случае, если его внедрение не приводит к чистому снижению количества употребляемого метадона (115). В то же время стоит заметить, что исследования в Австралии показали, что метадон в качестве препарата первой линии лечения несколько более эффективен, стоит дешевле и, соответственно, более рентабелен, чем бупренорфин (116).

Важный вопрос относительно поддерживающей терапии агонистами — назначение метадона осужденным. В настоящее время несколько исследований в Европе, Австралии, Пуэрто-Рико и Канаде продемон-

стрировали, что ПТМ в условиях исправительных учреждений приводит к снижению уровня употребления наркотиков и уменьшению числа инъекций и совместного использования инструментария; что она способствует улучшению дисциплины среди осужденных и положительно влияет на показатели выхода на свободу (117—120).

Относительно новым направлением является медицинское назначение героина пациентам с хронической зависимостью, не поддающейся другим видам лечения — интервенция, которая изучалась и еще будет изучаться в нескольких странах Европы и Северной Америки (121). В двух отчетах о швейцарском опыте приводятся сведения о том, что медицинское назначение героина под наблюдением ассоциировалось с хорошим показателем удержания на лечении (70% на протяжении 12 месяцев), снижением уровня употребления незаконных наркотиков (как опиатов, так и кокаина), сокращением криминального поведения, улучшением состояния здоровья и социального функционирования (122, 123). Однако из-за ограничений в дизайне исследования невозможно сделать окончательный вывод о причинно-следственной связи между назначением героина и наблюдаемым успехом (124—126). В недавно опубликованном отчете о двух РКИ, проведенных в Нидерландах, эффект лечения метадоном в комбинации с инъекционным или ингаляционным героином сравнивался с эффектом лечения, где использовался только метадон; психосоциальная поддержка предоставлялась в обеих группах (127). Результаты данных клинических испытаний были схожи с теми, что были получены в Швейцарии, однако впервые наблюдаемые улучшения можно отнести на счет медицинского назначения героина (128—130). Более того, выяснилось, что с точки зрения общества совместное назначение героина в этой специфической группе более рентабельно по сравнению с лечением только метадоном (131). Не так давно сообщалось о подобных результатах, полученных в небольшом контролируемом исследовании в Испании и в большом РКИ в Германии (оба не опубликованы). В недавно опубликованном обзоре материалов библиотеки Кокрана авторы заявляют о том, что по имеющимся на сегодняшний день результатам (не включая данные из испанского и немецкого исследований) невозможно сделать определенных выводов относительно абсолютной эффективности назначения героина, поскольку данные экспериментальных исследований не поддаются сравнению (132). В 2005 году в Ванкувере и Монреале началось РКИ, в котором сравнивается эффективность лечения героином и ПТМ. Ожидается, что результаты данного клинического испытания будут получены в 2007 году (133).

Поддерживающая терапия двумя другими агонистами опиатов — кодеином и морфином пролонгированного (длительного) действия (МПД) — была также описана как эффективная. Поддерживающая терапия кодеином лицензирована только в Германии, где была показана эффективность этого метода, сравнимая с ПТМ (134). Тем не менее из-за более низкой биодоступности кодеина поддерживающему лечению этим препаратом, вероятно, в будущем не найдется места в лечении опиоидной зависимости. Иная ситуация сложилась в отношении другого препарата: МПД

является многообещающим средством, которое дополняет список существующих препаратов, используемых для поддерживающей терапии. Он был лицензирован для использования в нескольких европейских странах. Несколько небольших, преимущественно открытых исследований показали позитивные результаты приема МПД в отношении удержания на лечении, снижения уровня употребления героина и (или) улучшения качества жизни (135—139). Подтверждение этих результатов в дальнейших исследованиях позволит установить дополнительную ценность данного препарата в лечении героиновой зависимости.

Другие методы снижения вреда

Поддерживающая терапия считается наиболее важным методом снижения вреда. Однако было показано, что другие методы снижения вреда также эффективны для сокращения рисков для здоровья, связанных с употреблением наркотиков. Прежде всего это два основных метода — внедрение программ обмена шприцев и организация различных видов «комнат для приема наркотиков». Программы обмена шприцев были созданы для того, чтобы предотвратить распространение инфекций, передающихся через кровь, путем обмена и бесплатной раздачи шприцев и другого инъекционного инструментария. Эффективность программ обмена шприцев была доказана не только в отношении снижения вреда для здоровья, но и для снижения частоты инъекций и повышения обращаемости в программы наркологического лечения и удержания в них (140, 141). Следовательно, программы обмена шприцев можно рассматривать как одну из многочисленных стратегий помощи, необходимых для решения проблемы героиновой зависимости. Это справедливо и для тюремной системы, где ПТМ и программы обмена шприцев, отдельно или в сочетании, могут привести к снижению частоты рискованного поведения и сокращению распространения инфекций, передающихся через кровь (117, 142).

Комнаты для потребителей наркотиков, где в гигиенических условиях и свободной атмосфере (в некоторых случаях с предоставлением дополнительных медицинских услуг) разрешено употреблять ранее приобретенные наркотики, функционируют в нескольких странах Европы (в частности, в Швейцарии, Нидерландах, Германии и Испании), а также в Австралии и Канаде. Цель создания таких комнат — поддерживать здоровье и снижать рискованное поведение потребителей наркотиков, а также способствовать сохранению общественного порядка. Сохранение здоровья в данном случае в первую очередь предполагает снижение частоты неотложных ситуаций, вызванных употреблением героина — главным образом передозировок (с летальным исходом), — и обеспечение гигиены при внутривенном приеме героина. Несколько описательных исследований показали, что комнаты для приема наркотиков под наблюдением могут функционировать безопасно и оказывают позитивное влияние на снижение вреда и общественный порядок (143—149). Однако из-за правовых ограничений комнаты для потребителей и программы обмена шприцев доступны лишь в тех регионах, где удалось добиться изменения

федеральных и государственных законов и где имеется сильная система лоббирования в их поддержку. Несмотря на это, данный ограниченный опыт показал, что если проблема наркопотребления изначально решается с точки зрения медицины и общественного здравоохранения, а не как правоохранительная проблема, то количество проблем, связанных со здоровьем и соблюдением общественного порядка, снижается. А это в интересах как самих людей, зависимых от опиоидов, так и общества в целом.

Заключение

Необходимо учитывать тот факт, что опиоидная зависимость — это хроническое заболевание с рецидивирующим течением, при лечении которого акцент должен ставиться на такие аспекты, как мотивация, обучение, непрерывность поддержки и ухода, интеграция фармакотерапии и психосоциальной поддержки и, наконец, укрепление связей между наркологической и правоохранительной системами. Следовательно, фармакологическое лечение опиоидной зависимости должно быть интегрировано в комплексную структуру здравоохранения, а наркотическая зависимость не должна рассматриваться исключительно как заболевание головного мозга. Однако информацию о том, что опиоидная зависимость — это заболевание головного мозга, которое можно эффективно лечить, необходимо широко распространять, чтобы побороть существующие стереотипы и стигму. Один из способов сделать это — продвигать идею лечения пациентов с зависимостью от опиоидов на базе учреждений первичной медицинской помощи. Однако это предложение может сработать только тогда, когда специализированные наркологические службы будут готовы временно брать на себя ответственность за этих пациентов в случае декомпенсации или кризиса (112).

Существует несколько эффективных стратегий для лечения опиоидной зависимости (32, 93). Принимая во внимание обширную базу научных доказательств и большой опыт применения в клинической практике, в настоящее время ПТМ должна рассматриваться как единственный ведущий метод лечения опиоидной зависимости первой линии (81). Важный дополнительный метод лечения пациентов, для которых адекватные дозы метадона недостаточно эффективны, — использование других агонистов опиоидов, среди которых основным препаратом является бупренорфин (83). Для пациентов, не поддающихся лечению данными препаратами, необходимо подумать о назначении диаморфина (132). Такие методы снижения вреда, как программы обмена шприцев, а также комнаты для потребителей наркотиков, необходимы для того, чтобы привлечь лиц с опиоидной зависимостью в программы поддерживающей терапии или обеспечить услугами тех потенциальных пациентов, которые еще не мотивированы начать лечение в официальных программах (140).

Детоксикация сама по себе не должна считаться лечением и должна рекомендоваться лишь в контексте тщательно спланированной программы профилактики рецидива. Она должна предоставляться только тем

пациентам, которые еще здоровы физически, психологически стабильны или социально интегрированы, или тем пациентам, которые достигли такой ситуации после успешного лечения в программе поддерживающей терапии агонистами (67, 93). В противном случае распространенным последствием окажется высокий риск рецидива после детоксикации, а также высокий риск (фатальной) передозировки, связанный с рецидивом после детоксикации (14).

Пациенты с зависимостью от опиоидов часто страдают соматическими заболеваниями и психическими расстройствами. Исследования показали, что положительных результатов можно добиться, если на лечение этих заболеваний направлены специфические интервенции. Комплексные виды лечения, осуществляемые мультидисциплинарной командой, являются необходимым условием достижения успеха в лечении пациентов со сложной и множественной патологией.

Полинаркомания скорее является правилом, чем исключением, а значит, возможность злоупотребления другими видами наркотиков и алкоголем всегда необходимо учитывать. Необходимо отметить, например, что сокращение употребления незаконных опиоидных наркотиков в программах поддерживающей терапии агонистами часто сопровождается снижением уровня употребления кокаина, но также иногда приводит к росту употребления алкоголя. Такие случаи необходимо тщательно отслеживать и лечить, если имеются показания. Заключение под стражу все еще является «обычным явлением» в жизни человека, страдающего опиоидной зависимостью, но оно никогда не должно автоматически приводить к прекращению получаемого лечения (118). Наоборот, лишение свободы предоставляет хорошую возможность для начала лечения (впервые или повторно) и его продолжения после выхода на свободу.

Библиография

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2005 world drug report. Vienna (AUT): United Nations Publications; 2005.
2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Annual report on the state of the drugs problems in the European Union. Lisboa (PRT); EMCDDA; 2005.
Available: <http://ar2005.emcdda.europa.eu/en/home-en.html>.
Accessed 2006 June 15.
3. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Epidemiologic trends in drug abuse. Washington (DC): NIDA Publications; 2005.
4. Tang Y., Zhao D., Zhao C., Cubells J.F. Opiate addiction in China: current situation and treatments. *Addiction* 2006;101:657- 65.
5. Fischer B., Firestone Crus M., Rehm J. Illicit opioid use and its key characteristics: a select overview and evidence from a Canadian multi-site cohort of illicit opioid users (OPICAN) *Can J Psychiatry* 2006;51:624—34.

6. Brands B., Blake J., Sproule B., Gourlay D., Busto U. Prescription opioid abuse in patients presenting for methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend* 2004;73:199-207.
7. Hser Y.I., Hoffman V., Grella C.E., Anglin D. A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:503-8.
8. Leshner A.I. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997; 278:45-7.
9. McLellan A.T. Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction* 2002;97:249-52.
10. Kosten T.R., George T.P. The neurobiology of opioid dependence: implications for treatment. *Science and Practice Perspectives* 2002;1:13-20.
11. Kreek M.J., LaForge K.S., Butelman E. Pharmacotherapy of addictions. *Nature Reviews* 2002;1:710-26.
12. van Ree J.M. Opioids and the dynamics of addiction. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002,12(Suppl 3):S77-S78.
13. Sporer K.A. Strategies for preventing heroin overdose. *BMJ* 2003;326:442-4.
14. Warner-Smith M., Darke S., Lynskey M., Hall W. Heroin overdose: causes and consequences. *Addiction* 2001;96:1113-25.
15. Sporer K.A. Acute heroin overdose. *Ann Intern Med* 1999;130:584-90.
16. Clarke S. Intravenous or intramuscular/subcutaneous naloxone in opioid overdose. *Emerg Med J* 2001;19:249.
17. Lagu T., Anderson B.J., Stein M. Overdoses among friends: drug users are willing to administer naloxone to others. *J Subst Abuse Treat* 2006;30:129-33.
18. Baca C.T., Grant K.J. Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction* 2005;100:1823-31.
19. Hulse G.K., Tait R.J., Comer S.D., Sullivan M.A., Jacobs I.G., Arnold-Reed D. Reducing hospital presentations for opioid overdose in patients treated with sustained release naltrexone implants. *Drug Alcohol Depend* 2005;79:351-7.
20. Dietze P., Cantwell K., Burgess S. Bystander resuscitation attempts at heroin overdose: does it improve outcomes? *Drug Alcohol Depend* 2002;67:213-8.
21. Lesscher H.M., Bailey A., Burbach J.P., Van Ree J.M., Kitchen I., Gerrits M.A. Receptor-selective changes in mu-, delta- and kappa-opioid receptors after chronic naltrexone treatment in mice. *Eur J Neurosci* 2003;17:1006-12.
22. Pollini R.A., McCall L., Mehta S.H., Vlahov D., Strathdee S.A. Non-fatal overdose and subsequent drug treatment among injection drug users. *Drug Alcohol Depend* 2006;83:104-10.
23. Paraherakis A., Charney D.A., Palacios-Boix J., Gill K. An abstinence-oriented program for substance use disorders: poorer outcome associated with opiate dependence. *Can J Psychiatry* 2000;45:927-31.

24. Gonzalez G., Oliveto A., Kosten T.R. Combating opiate dependence: a comparison among the available pharmacological options. *Expert Opin Pharmacother* 2004;5:713-25.
25. Amato L., Davoli M., Ferri M., Ali R. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2005. Oxford (UK): Update Software; 2005.
26. Jimenez-Lerma J.M., Landabaso M., Iraurgi L., Calle R., Gutierrez-Fraile M. Nimodipine in opiate detoxification: a controlled trial. *Addiction* 2002;97:819-24.
27. Perez de los Cobos J., Duro P., Trujols J., Tejero A., Battle F., Ribalta E., and others. Methadone tapering plus amantadine to detoxify heroin-dependent inpatients with or without an active cocaine use disorder: two randomised controlled trials. *Drug Alcohol Depend* 2001;63:187-95.
28. Green L., Gossop M. Effects of information on the opiate withdrawal syndrome. *Br J Addict* 1988;85:305-8.
29. Hall S.M., Bass A., Hargreaves W.A., Loeb P. Contingency management and information feedback in outpatient heroin detoxification. *Behav Ther* 1979;10:443-51.
30. Rawson R.A., Mann A.J., Tennant F.S. Jr., Clabough D. Efficacy of psychotherapeutic counselling during 21-day ambulatory heroin detoxification. *NIDA Res Monogr* 1983;43:310-4.
31. Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vacchi S., Ferri M., Mayet S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford (UK): Update Software; 2004.
32. Kleber H. Pharmacologic treatments for heroin and cocaine dependence. *Am J Addict* 2003;12(Suppl.2):S5-S18.
33. Gowing L., Ali R., White J. Buprenorphine for the management of opioid withdrawal (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford (UK): Update Software; 2004.
34. Gowing L., Farrell M., Ali R., White J. Alpha2 adrenergic agonists for the management of opioids withdrawal (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford (UK): Update Software; 2004.
35. Ponzovsky A.M., Grinshpoon A., Margolis A., Cohen R., Rosca P. Well-being, psychosocial factors, and side-effects among heroin-dependent inpatients after detoxification using buprenorphine versus clonidine. *Addict Behav* 2006;Mar 6. (epub ahead of print).
36. Lingford-Hughes A.R., Welch S., Nutt D.J. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2004;18:293-335.

37. Kornor H., Waal H., Ali R. Abstinence-orientated buprenorphine re-placement therapy for young adults in out-patient counselling. *Drug Alcohol Rev* 2006;25:123-30.
38. Kosten T.R., O'Connor P.G. Management of drug and alcohol withdrawal. *N Engl J Med* 2003;348:1786-95.
39. Kutz I., Reznik V. Heroin detoxification with a single high dose of buprenorphine. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2002;39:113-9.
40. Sigmon S.C., Wong C.J., Chausmer A.L., Liebson I.A., Bigelow G.E. Evaluation of an injection depot formulation of buprenorphine: placebo comparison. *Addiction* 2004;99:1439-49.
41. Sobel B.F., Sigmon S.C., Walsh S.L., Johnson R.E., Liebson I.A., Nuwayser E.S., and others. Open-label trial of an injection depot formulation of buprenorphine in opioid detoxification. *Drug Alcohol Depend* 2004;73:11-22.
42. Howells C., Allen S., Gupta J., Stillwell G., Marsden J., Farrell M. Prison based detoxification for opioid dependence: a randomised double blind controlled trial of lofexidine and methadone. *Drug Alcohol Depend* 2002;67:169-76.
43. Gowing L., Ali R., White J. Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2006*. Oxford (UK): Update Software; 2006.
44. Gowing L., Ali R. The place of detoxification in treatment of opioid dependence. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:266-70.
45. Roozen H.G., de Kan R., van den Brink W., Kerkhof B.J., Geerlings P.J. Dangers involved in rapid opioid detoxification while using opioid antagonists: dehydration and renal failure. *Addiction* 2002;97:1071-3.
46. O'Connor P.G., Carroll K.M., Shi J.M., Schottenfeld R.S., Kosten T.R., Rounsaville B.J. Three methods of opioid detoxification in a primary care setting: a randomised trial. *Ann Intern Med* 1997;127:526-30.
47. de Jong C.A.J., Laheij R.J., Krabbe P.F. General anaesthesia does not improve outcome in opioid antagonist detoxification treatment: a randomized controlled trial. *Addiction* 2005;100:1742-4.
48. Collins E.D., Kleber H., Whittington R., Heitler N. Anesthesia-assisted vs buprenorphine- or clonidine-assisted heroin detoxification and naltrexone induction. *JAMA* 2005;294:903-13.
49. Kaye A.D., Gevirtz C., Bosscher H.A., Duke J.B., Frost E., Richards T.A., Fields A.M. Ultrarapid opiate detoxification: a review. *Can J Anesth* 2003;50:663-71.
50. Gowing L., Ali R., White J. Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2006*. Oxford (UK): Update Software; 2006.
51. Threlkeld M., Parran T.V., Adelman C.A., Grey S.F., Yu J. Tramadol versus buprenorphine for the management of acute heroin withdrawal: a retrospective matched cohort controlled study. *Am J Addict* 2006;15:186-91.

52. Buydens-Branchey L., Branchey M., Reel-Brander C. Efficacy of buspirone in the treatment of opioid withdrawal. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25:230-6.
53. Fischer G., Johnson R.E., Eder H., Jagsch R., Peterzell A., Weninger M., and others. Treatment of opioids-dependent pregnant women with buprenorphine. *Addiction* 2000;95:239-44.
54. Lejeune C., Aubisson S., Simmat-Durand L., Cneude F., Piquet M., Gourarier L. Withdrawal syndromes of newborns of pregnant drug abusers maintained under methadone or high-dose buprenorphine: 246 cases. *Ann Med Interne (Paris)* 2001;152(Suppl 7):21-7. (French with English abstract).
55. Rohrmeister K., Bernert G., Langer M., Fischer G., Weninger M., Pollak A. Opiate addiction in gravidity: consequences for the newborn. Results of an interdisciplinary treatment concept. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2002;205:224-30. (German with English abstract).
56. Hulse G.K., O'Neill G., Brewer C. Obstetric and neonatal outcomes associated with maternal naltrexone exposure. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41:424-8.
57. Gossop M., Stewart D., Browne N., Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction* 2002;97:1259-67.
58. O'Brien C.P. Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications. *Am J Psychiatry* 2005;162:1423-31.
59. Schufman E.N., Porat S., Witztum E., Gandacu D., Bar-Hamburger R., Ginath Y. The efficacy of naltrexone in preventing reabuse of heroin after detoxification. *Biol Psychiatry* 1994;35:935-45.
60. Ritter A.J. Naltrexone in the treatment of heroin dependence: relationship with depression and risk of overdose. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;36:224-8.
61. Johansson B.A., Berglund M., Lindgren A. Efficacy of maintenance treatment with naltrexone for opioid dependence: a meta-analytical review. *Addiction* 2006;101:491-503.
62. Comer S.D., Sullivan M.A., Yu E., Rothenberg J.L., Kleber H.D., Kampman K., and others. Injectable, sustained-release naltrexone for the treatment of opioid dependence: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:210-8.
63. Minozzi S., Amato L., Vecchi S., Davoli M., Kirchmayer U., Verster A. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford (UK): Update Software; 2006.
64. National Drug and Alcohol Research Centre. National evaluation of pharmacotherapies for opioids dependence (NEPOD): summary of report to ministerial council on drug strategy. Sydney (AU): University of New south Wales; 2001. Available: www.med.unsw.edu.au/ndarc/nepod. Accessed 2006 June 15.
65. Digiusto E., Lintzeris N., Breen C., Kimber J., Mattick R.P., Bell J., and others. Short-term outcomes of five heroin detoxification methods in the Australian NEPOD Project. *Addict Behav* 2005;30:443-56.

66. Ling W., Wesson D.R. Naltrexone treatment for addicted health-care professionals: a collaborative private practice experience. *J Clin Psychiatry* 1984;45:46-8.
67. Washton A.M., Pottash A.C., Gold M.S. Naltrexone in addicted business executives and physicians. *J Clin Psychiatry* 1984;45:39-41.
68. Hulse G.K., O'Neill G. A possible role for implantable naltrexone in the management of the high-risk pregnant heroin users. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002;42:93-4.
69. O'Neil G., Hulse G., Armstrong J., Little M., Murray L. Rapid opioid detoxification in Australia. *Acad Emerg Med* 2002;9:960.
70. Reece S. Rapid opioid detoxification in Australia. *Acad Emerg Med* 2002;9:960-2.
71. Hamilton R.J., Olmedo R.E., Shah S., Hung O.L., Howland M.A., Perrone J., and others. Complications of ultrarapid opioid detoxification with subcutaneous naltrexone pellets. *Acad Emerg Med* 2002;9:63-8.
72. Comer S.D., Collins E.D., Kleber H.D., Nuwayser E.S., Kerrigan J.H., Fischman M.W. Depot naltrexone: long-acting antagonism of the effects of heroin in humans. *Psychopharmacology (Berl)* 2002;159:351-60.
73. Grusser S.M., Thalemann C.N., Platz W., Golz J., Partecke G. A new approach to preventing relapse in opiate addicts: a psychometric evaluation. *Biol Psychol* 2006;71:231-5.
74. Carroll K.M., Sinha R., Nich C., Babuscio T., Rounsaville B.J. Contingency management to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: a randomized clinical trial of reinforcement magnitude. *Exp Clin Psychopharm* 2002;10:54-63.
75. Carroll K.M., Ball S.A., Nich C., O'Connor P.G., Eagen D.A., Frankforter T.L., and others. Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:755-61.
76. Preston K.L., Umbricht A., Epstein D.H. Methadone dose increase and abstinence reinforcement for treatment of continued heroin use during methadone maintenance. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:395-404.
77. Maremmani I., Zolesi O., Daini L., Castrogiovanni P., Tagliamonte A. Fluoxetine improves outcome in addicted patients with opiate antagonists. *Am J Addict* 1995;4:267-71.
78. Landabaso M., Iraurgi I., Jimenez-Lerma J., Sanz J., Fernandez de Corres B., Araluce K., and others. A randomized trial of adding fluoxetine to a naltrexone treatment program for heroin addicts. *Addiction* 1998;93:739-44.
79. Farren C.K., O'Malley S. A pilot double blind placebo controlled trial of sertraline with naltrexone in the treatment of opiate dependence. *Am J Addict* 2002;11:228-34.
80. Kerr T., Marsh D., Li K., Montaner J., Wood E. Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. *Drug Alcohol Depend* 2005;80:329-35.

81. O'Connor P.G. Methods of detoxification and their role in treating patients with opioid dependence. *JAMA* 2005;294:961-3.
82. Mattick R.P., Breen C., Kimber J., Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioids replacement therapy for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford (UK): Update Software; 2003.
83. Mattick R.P., Kimber J., Breen C., Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Oxford (UK): Update Software; 2004.
84. Clark N., Lintzeris N., Gijsbers A., Whelan G., Dunlop A., Ritter A., and others. LAAM maintenance versus methadone maintenance for heroin dependence (Cochrane Review.) In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford (UK): Update Software; 2002.
85. Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford (UK): Update Software; 2003.
86. Farre M., Mas A., Torres M., Moreno V., Cami J. Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2002;65:283-90.
87. Johnson R.E., Chutuape M.A., Strain E.C., Walsh S.L., Stitzer M.L., Bigelow G.E. A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioids dependence. *N Engl J Med* 2000;343:1290-7.
88. White J.M., Danz C., Kneebone J., La Vincente S.F., Newcombe D.A.L., Ali R.L. Relationship between LAAM-methadone preference and treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2002;66:295-301.
89. Kinlock T.W., Battjes R.J., Schwartz R.P. The MTC Project Team. A novel opioid maintenance program for prisoners: preliminary findings. *J Subst Abuse Treat* 2002;22:141-7.
90. Tomasino V., Swanson A.J., Nolan J., Shuman H. The Key Extended Entry Program (KEEP): a methadone program for opiate-dependent inmates. *Mt Sinai J Med* 2001;68:14-20.
91. European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA): EMA public statement on the recommendation to suspend the marketing authorization for Orlaam (Levoacetylmethadol) in the European Union. EMA/8776/01. London (UK): EMA; 2001 Apr 19.
92. Schwetz B.A. From the Food and Drug Administration. *JAMA* 2001;285:2705.
93. Vocci F.J., Acri J., Elkashef A. Medication development for addictive disorders: the state of the science. *Am J Psychiatry* 2005;162:1432-40.
94. Strain E.C., Bigelow G.E., Liebson I.A., Stitzer M.L. Moderate-versus high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial. *JAMA* 1999;281:1000-5.

95. Gerra G., Ferri M., Polidori E., Santoro G., Zaimovic A., Sternieri E. Long-term methadone maintenance effectiveness: psychosocial and pharmacological variables. *J Subst Abuse Treat* 2003;25:1-8.
96. Donny E.C., Brassler S.M., Bigelow G.E., Stitzer M.L., Walsh S.L. Methadone doses of 100 mg or greater are more effective than lower doses at suppressing heroin self-administration in opioid-dependent volunteers. *Addiction* 2005;100:1496-509.
97. Amato L., Davoli M., Perucci C., Ferri M., Faggiano F., Mattick R. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat* 2005;28:321-9.
98. McLellan A.T., Arndt L.O., Methger D.S., Woody G.E., O'Brien C.P. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993;269:1953-9.
99. Schwartz R.P., Highfield D.A., Jaffe J.H., Brady J.V., Butler C.B., Rouse C.O., and others. A randomized controlled trial of interim methadone maintenance. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:102-9.
100. Anderson J.F., Warren L.D. Client retention in the British Columbia Methadone Program, 1996-1999. *Can J Public Health* 2004;95:104-9.
101. D'Annunzio T., Pollack H.A. Changes in methadone treatment practices. Results from a national panel study, 1988-2000. *JAMA* 2002;288:850-6.
102. Donny E.C., Walsh S.L., Bigelow G.E., Eissenberg T., Stitzer M.L. High-dose methadone produces superior opioid blockade and comparable withdrawal suppression to lower doses in opioid-dependent humans. *Psychopharmacology* 2002;161:202-212.
103. Krantz M.J., Lewkowicz L., Hays H., Woodroffe M.A., Robertson A.D. Torsades de pointes associated with very-high-dose methadone. *Ann Intern Med* 2002;137:501-4.
104. Pearson E.C., Woosley R.L. QT prolongation and torsades de pointes among methadone users: reports to the FDA spontaneous reporting system. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005;14:747-53.
105. Kraft M.K., Rothbard A.B., Hadley T.R., McLellan A.T., Asch D.A. Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective? *Am J Psychiatry* 1997;154:1214-19.
106. Avants S.K., Margolin A., Sindelar J.L., Rounsaville B.J., Schottenfeld R., Stine S., Cooney N.L., Rosenheck R.A., Li S.H., Kosten T.R. Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid-dependent patients: a comparison of clinical efficacy and cost. *Am J Psychiatry* 1999;156:27-33.
107. Auriacombe M., Franques P., Tignol J. Deaths attributable to methadone vs buprenorphine in France. *JAMA* 2001;285:45.
108. Fiellin D.A., Pantalon M.V., Pakes J.P., O'Connor P.G., Chawarski M., Schottenfeld R.S. Treatment of heroin dependence with buprenorphine in primary care. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28:231-41.

109. O'Connor P.G., Oliveto A.H., Shi J.M., Triffleman E., Carrol K.M., Kosten T.R., Rounsaville B.J. A pilot study of primary-care-based buprenorphine maintenance for heroin dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996;22:523-531.
110. Fudala P.J., Bridge T.P., Herbert S., Williford W.O., Chiang C.N., Jones K., and others. Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *N Engl J Med* 2003;349:949-58.
111. Duburcq A., Charpak Y., Blin P., Madec L. Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprenorphine. Results of the SPESUB study (pharmacoepidemiological follow-up of general practice Subutex). *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000;48:363-73 (French with English abstract).
112. Fiellin D.A., Kleber H., Trumble-Hejduk J.G., McLellan A.T., Kosten T.R. Consensus statement on office-based treatment of opioid dependence using buprenorphine. *J Subst Abuse Treat* 2004;27:153-9.
113. Varescon I., Vidal-Trecan G., Nabet N., Boissonnas A. Buprenorphine deviated from normal use: the buprenorphine injection. *Encephale* 2002;28:397-402. (French with English abstract).
114. Stoller K B., Bigelow G.E., Walsh S.L., Strain E.C. Effects of buprenorphine/naloxene in opioid-dependent humans. *Psychopharmacology* 2001;154:230-42.
115. Barnett P.G., Zaric G.S., Brandeau M.L. The cost-effectiveness of buprenorphine maintenance therapy for opiate addiction in the United States. *Addiction* 2001;96:1267-78.
116. Caplehorn J., Deeks J.J. A critical appraisal of the Australian comparative trial of methadone and buprenorphine maintenance. *Drug Alcohol Rev* 2006;25:157-60.
117. Dolan K.A., Shearer J., MacDonald M., Mattick R.P., Hall W., Wodak A.D. A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug Alcohol Depend* 2003;72:59-65.
118. Dolan K.A., Shearer J., White B., Zhou J., Kaldor J., Wodak A.D. Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction* 2005;100:820-8.
119. Haig T. Randomized controlled trial proves effectiveness of methadone maintenance treatment in prison. *Can HIV AIDS Policy Law Rev* 2003;8:48.
120. Heimer R., Catania H., Newman R.G., Zambrano J., Brunet A., Ortiz A.M. Methadone maintenance in prison: Evaluation of a pilot program in Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend.* 2005 Dec 2; (Epub ahead of print).
121. Fischer B., Rehm J., Kirst M., Casas M., Hall W., Krausz M., Metrebian N., Reggers J., Uchtenhagen A., van den Brink W., van Ree J.M. Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *Eur J Public Health* 2002;12:228-234.
122. Rehm J., Gschwend P., Steffen T., Gutzwiller F., Dobler-Mikola A., Uchtenhagen A. Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin description for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet* 2001;358:1417-20.

123. Perneger T.V., Giner F., del Rio M., Mino A. Randomised trial of heroin maintenance for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ* 1998;317:13-18.

124. Wodak A. The Swiss heroin trials. Further studies of heroin treatment are needed. *BMJ* 1998;317:1011.

125. Farrell M., Hall W. The Swiss heroin trials: testing alternative approaches. *BMJ* 1998;316:639.

126. Ali R., Auriacombe M., Casas M. Report of the external panel on the evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts. *Sucht* 1999;45:160-170.

127. van den Brink W., Hendriks V.M., van Ree J.M. Medical co-prescription of heroin to chronic, treatment-resistant methadone patients in the Netherlands: a randomized clinical trial. *J Drug Issues* 1999; 29:587-608.

128. van den Brink W., Hendriks V.M., Blanken P., Koeter M.W.J., van Zwieten B.J., van Ree J.M. Medical prescription of heroin to chronic, treatment-resistant heroin dependent patients: two randomized controlled trials. *BMJ* 2003;327:310-12.

129. Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (CCBH). Medical co-prescription of heroin: two randomised controlled trials. Utrecht, CCBH; 2002. (www.ccbh.nl).

130. Blanken P., Hendriks V.M., Koeter M.W., van Ree J.M., van den Brink W. Matching of treatment-resistant heroin dependent patients to medical prescription of heroin or oral methadone treatment: results from two randomized controlled trials. *Addiction* 2005;100:89-95.

131. Dijkgraaf M.G., van der Zanden B.P., de Borgie C.A., Blanken P., van Ree J.M., van den Brink W. Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ* 2005;330:1297-1302.

132. Ferri M., Davoli M., Perucci C.A. Heroin maintenance for chronic heroin dependents (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2005*. Oxford: Update Software; 2005.

133. Schechter M.T. NAOMI -0- her time has come. North American Opiate Medication Initiative. *J Urban Health* 2002;79:164-165.

134. Krausz M., Verthein U., Degkwitz P., Haasen C., Raschke P. Maintenance treatment of opiate addicts in Germany with medications containing codeine-results of a follow-up study. *Addiction* 1998;93:1161-7.

135. Kraigher D., Jagsch R., Gombas W., Ortner R., Eder H., Primorac A., Fischer G. Use of slow-release oral morphine for the treatment of opioid dependence. *Eur Addict Res* 2005;11:145-51.

136. Mitchell T.B., White J.M., Somogyi A.A., Bochner F. Slow-release morphine versus methadone: a crossover comparison of patient outcomes and acceptability as maintenance pharmacotherpaies for opioid dependence. *Addiction* 2004;99:940-5.

137. Vasilev G.N., Alexieva D.Z., Pavlova R.Z. Safety and efficacy of oral slow release morphine for maintenance treatment in heroin addicts: a 6-month open noncomperative study. *Eur Addict Res* 2006;12:53-60.
138. Eder H., Jagsch R., Kraigher D., Primorac A., Ebner N., Fischer G. Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction* 2005;100:1758-9.
139. Giacomuzzi S., Kemmler G., Ertl M., Riemer Y. Opioid addicts at admission vs. slow-release oral morphine, methadone, and sublingual buprenorphine maintenance treatment participants. *Subst Use Misuse* 2006;41:223-44.
140. Yoast R., Williams M.A., Deitchman S.D., Champion H.C. Report of the Council on Scientific Affairs: methadone maintenance and needle-exchange programs to reduce the medical and public health consequences of drug abuse. *J Addict Dis* 2001;20:15-40.
141. Hagan H., McGough J.P., Thiede H., Hopkins S., Duchin J., Alexander E.R. Reduced injection frequency and increased entry and retention in drug treatment associated with needle-exchange participation in Seattle drug injectors. *J Subst Abuse Treat* 2000;19:247-52.
142. Dolan K.A., Wodak A. HIV transmission in a prison system in an Australian State. *Med J Aust* 1999;171:7-8.
143. Zurhold H., Degkwitz P., Verthein U., Haasen C. Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *J Drug Issues* 2003;33:663-88.
144. Wolf J., Linssen L., de Graaf I. Drug consumption facilities in the Netherlands. *J Drug Issues* 2003;33:649-62.
145. Wood E., Kerr T., Qui Z., Zhung R., Montaner J.S., Tyndall M.W. Service uptake and characteristics of injection drug users utilizing North America's first medically supervised safer injecting facility. *Am J Public Health* 2006; Epub ahead of print.
146. van Beek I. The Sydney medically supervised injencting centre: a clinical model. *J Drug Issues* 2003;33:625-38.
147. Kerr T., Tyndall M., Li K., Montaner J., Wood E. Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet* 2005;366:316-8.
148. Hall W., Kimber J. Being realistic about benefits of supervised injecting facilities. *Lancet*. 2005;366:271-2.
149. Anoro M., Ilundain E., Santisteban O. Barcelona's safer injection facility-Eva: a harm reduction program lacking official support. *J Drug Issues* 2003;33:689-712.



Эффективность лечения наркотической зависимости в профилактике ВИЧ-инфекции

М. Фаррелл, Л. Гоунг, Д. Марсден,
У. Линг, Р. Али

Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention

M. Farrell¹, L. Gowing², J. Marsden¹, W. Ling³, R. Ali².

Источник: International Journal of Drug Policy 16S (2005) S67-S75

В данном обзоре рассматривается эффективность лечения наркотической зависимости как элемента профилактики передачи ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИИ). Программы фармакологической заместительной терапии с использованием агонистов (например, поддерживающая терапия метадонотом или бупренорфином) доступны лишь потребителям наркотиков, которые зависимы в первую очередь от опиоидных наркотиков. На сегодняшний день более полумиллиона людей получают поддерживающую терапию метадонотом (ПТМ), и в ближайшее десятилетие это число может удвоиться. Есть доказательства, что ПТМ связана со значительным снижением уровня употребления инъекционных наркотиков и уменьшением совместного использования инъекционного инструментария. Данные относительно сокращения практик, связанных с сексуальным риском, ограничены, однако позволяют сделать вывод о том, что ПТМ связана с более низкими показателями наличия многочисленных сексуальных партнеров или вступления в половые контакты в обмен на наркотики или деньги, но не оказывает влияния или оказывает лишь незначительное влияние на снижение частоты случаев незащищенного секса.

Исследования частоты случаев сероконверсии, которая является наиболее четким и надежным критерием для оценки роли ПТМ в профилактике ВИЧ-инфекции, дают возможность предположить, что снижение частоты рискованного поведения приводит к существенному снижению количества новых случаев ВИЧ-инфекции. Несмотря на то что данные относительно снижения частоты рискованного поведения ограничены, существуют свидетельства того, что заместительная терапия метадонотом или бупренорфином снижает уровень употребления незаконных опиоидов. Также имеются доказательства, что заместительная терапия для

¹National Addiction Centre, Institute of Psychiatry, Kings College London, P.O. Box 48, 4 Windsor Walk, London SE5 8AF, UK.

²Drug and Alcohol Services Council and University of Adelaide, Department of Clinical and Experimental Pharmacology, University of Adelaide, Adelaide 5005, Australia.

³Department Psychiatry and Biobehavioral Sciences, David Geffen School of Medicine at UCLA, 11075 Santa Monica Blvd., Suite 200, Los Angeles, CA 90025, USA.

ВИЧ-положительных ПИН позволяет укреплять приверженность антиретровирусному лечению и улучшать его результаты. Единственным препаратом-антагонистом, который используется для профилактики опиоидной зависимости, является налтрексон, однако на сегодняшний день недостаточно данных, которые позволили бы сделать окончательный вывод о его эффективности. Программы поведенческих вмешательств повышают эффективность заместительной терапии, в то время как самостоятельная эффективность разных видов психологической терапии оценивается как вариативная. Было проведено всего несколько сравнительных исследований терапии, основанной на абстиненции, при этом полученные данные указывают на то, что наилучших результатов достигают лица, находившиеся на лечении три и более месяцев. Поэтому все страны, где существует популяция ПИН, должны направить свои усилия на разработку комплексных программ лечения наркозависимости, включая заместительную терапию как важный компонент профилактики ВИЧ-инфекции.

© 2005 Elsevier B.V. All rights reserved.

Ключевые слова: *ВИЧ-инфекция, профилактика, лечение, метадон, бупренорфин, снижение риска, употребление инъекционных наркотиков.*

Вследствие совместного использования инъекционного инструментария и растворов наркотиков, а также рискованного сексуального поведения потребители инъекционных наркотиков (ПИН) являются уязвимой группой с точки зрения заражения ВИЧ-инфекцией и другими заболеваниями, передающимися через кровь. Это связано с тем, что обмен инъекционным инструментарием и использование зараженного инструментария или наркотика являются одним из наиболее эффективных путей передачи ВИЧ (Des Jarlais, Friedman, Woods, & Milliken, 1992; Stimson, 1995). Незащищенный секс между ВИЧ-позитивными ПИН и другими лицами может привести к дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции как в самой популяции ПИН, так и за ее пределами. В одном из последних обзоров, сделанном международными организациями, приводится краткий анализ преимуществ заместительной терапии в мировом масштабе для ответственных лиц и специалистов (Joint WHO/UNAIDS/UNODC, 2003).

Поведение, связанное с употреблением инъекционных наркотиков, является значимым фактором распространения ВИЧ-инфекции, несмотря на то что ПИН составляют лишь незначительную часть населения. По всему миру примерно от 5 до 10% случаев заражения ВИЧ-инфекцией происходят из-за совместного использования зараженного инъекционного инструментария и приготовления наркотика, в то время как показатели полового пути передачи, связанного с употреблением инъекционных наркотиков, неизвестны. Цель данного обзора – рассмотреть эффективность

лечения наркозависимости с точки зрения снижения темпов распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН. В обзоре рассматриваются все виды наркотиков, которые традиционно употребляются инъекционным путем (например, героин, кокаин, амфетамины и бупренорфин), и все формы лечения наркотической зависимости (фармакотерапия; программы, ориентированные на воздержание; поведенческие интервенции – в качестве самостоятельных методов либо в сочетании с фармакотерапией). Авторы обзора обобщили доказательства эффективности лечения наркотической зависимости, уделяя при этом особое внимание программам, направленным на снижение уровня употребления наркотиков инъекционным путем и снижение риска, связанного с инъекционным наркопотреблением.

Методология проведения обзора

Самым точным способом оценки эффективности профилактики передачи ВИЧ является анализ серораспространенности среди ПИН на лечении и ПИН вне программ лечения, а также показателей частоты сероконверсии в этих подгруппах. Однако таких исследований проводилось очень мало, и их результаты могут быть подвержены влиянию таких факторов, как различия в исходных уровнях распространенности ВИЧ-инфекции в сообществе, откуда набираются участники для исследования, а также таких дополнительных факторов, как доступность наркологического лечения, профилактических обучающих программ и стерильного инъекционного инструментария. Все эти составляющие могут оказывать влияние на вероятность контакта с ВИЧ, тем самым воздействуя на показатели распространенности и частоту сероконверсии. Вклад лечения наркотической зависимости в профилактику ВИЧ-инфекции возможен через снижение уровня инъекционного введения наркотиков; снижение уровня совместного использования инструментария и приготовления наркотиков; снижение риска заражения половым путем, а также через организацию профилактического обучения, консультирования и медицинской помощи (Sorensen & Copeland, 2000). В данном обзоре особое внимание уделяется влиянию лечения наркотической зависимости на поведение, связанное с высоким риском передачи ВИЧ, а также изучаются показатели сероконверсии.

Программы фармакотерапии с использованием агонистов

Фармакотерапия агонистами подразумевает назначение препарата, действие которого схоже с употребляемым потребителем наркотиком («агонист» как фармакологический термин), но сопровождается меньшим риском. Программы фармакотерапии агонистами подходят лишь для потребителей, зависимых в первую очередь от опиатов. Несмотря на то что некоторые исследователи и авторы комментариев призывали к разработке фармакотерапии агонистами для потребителей кокаина и амфетаминов и даже было начато несколько небольших программ, на сегодняшний день такие программы не являются широко доступными (Shearer & Gowing, 2004).

Программы фармакотерапии агонистами могут быть двух видов: программы детоксикации, в которых дозы агонистов в течение определенного времени снижаются вплоть до достижения состояния полного воздержания от употребления наркотиков; и программы заместительной или поддерживающей терапии, при которых высокие дозы агониста предоставляются на более длительные периоды (шесть месяцев и более). Ценность заместительной терапии заключается в том, что она дает возможность потребителям наркотиков снизить риск контакта с инфекцией, стабилизировать свое здоровье и социальную жизнь до того, как им придется иметь дело с синдромом отмены, а также адаптироваться к жизни, свободной от наркотиков.

Наиболее часто применяемым и лучше всего изученным в контексте лечения опиоидной зависимости препаратом-агонистом является метадон. Единичная доза метадона, обычно назначаемого в виде сиропа, у большинства (но не у всех) пациентов позволяет купировать абстинентный синдром на 24 часа. Таким образом, метадон снижает частоту и интенсивность цикла «употребление наркотиков – синдром отмены». Было определено, что при поддерживающей терапии метадоном (ПТМ) наиболее эффективными для удержания в программе лечения, а также снижения частоты употребления незаконных наркотиков и криминального поведения являются дозы 60 мг/день или выше (Ward, Mattick, & Hall, 1998). Тем не менее в программах детоксикации обычно используются меньшие дозы (Gowing, Ali, & White, 2000).

Все более популярной альтернативой метадоноу становится бупренорфин. Бупренорфин является частичным опиоидным агонистом, который в то же время имеет достаточно выраженный морфиноподобный эффект, чтобы заменить героин, предотвратить симптомы отмены и снизить тягу к наркотику. Более того, по мере повышения дозы степень подавления дыхания и другие эффекты опиоидов достигают фазы «плато», следовательно, при приеме бупренорфина риск передозировки значительно меньший. Пролонгированное действие бупренорфина позволяет назначать его реже (через день). При пероральном приеме бупренорфин не очень хорошо абсорбируется и потому обычно назначается сублингвально. С целью обеспечения дополнительных мер безопасности в отношении злоупотреблений и введения бупренорфина инъекционным путем был создан комбинированный препарат, содержащий бупренорфин и налоксон (антагонист опиоидов, который плохо абсорбируется при приеме через рот или сублингвально, но вызывает синдром отмены, если вводится инъекционным путем). Ожидается, что это даст возможность расширить применение заместительной терапии в лечении опиоидной зависимости на базе первичных медицинских заведений, в частности, в Соединенных Штатах Америки (Johnson, Strain, & Amass, 2003).

Гоуинг, Фаррелл, Борнеманн и Али (Gowing, Farrell, Bornemann, and Ali, 2004) недавно подготовили систематический обзор исследований в Европе и Соединенных Штатах, в которых прослеживается связь между ВИЧ-ассоциированным риском или случаями ВИЧ-инфекции и перо-

ральной заместительной терапией при опиоидной зависимости. В общей сложности в обзор вошло 28 исследований. Все они включали ПТМ; в большинстве из них лечение предоставлялось через наркологические программы. Остается неясным, насколько выводы, сделанные по результатам обзора, применимы в отношении других методов фармакотерапии с использованием агонистов, таких как поддерживающая терапия бупренорфином (ПТБ), а также в других условиях предоставления лечения, например, в кабинете врача. До настоящего времени эти исследования проводились главным образом в Европе и Соединенных Штатах. На сегодняшний день существует острая необходимость в проведении подобных исследований в различных культурных и экономических контекстах, для того чтобы определить, могут ли такие же результаты быть получены в любых других условиях.

Гоуинг и др. (Gowing et al., 2004) обнаружили, что заместительная терапия связана со значительным снижением количества участников, сообщивших об употреблении инъекционных наркотиков, и частоты инъекций. Из-за различий в дизайне исследований, методах оценки и ведения учета употребления инъекционных наркотиков авторы не смогли сделать количественную оценку степени этого снижения. Гоуинг и коллеги также сделали вывод о том, что заместительная терапия обычно связана со значительным снижением частоты совместного использования инъекционного инструментария, но им не удалось определить, было ли это вызвано снижением употребления инъекционных наркотиков.

Согласно результатам исследований, включенных в обзор, данные по рискованному сексуальному поведению ограничены, но тем не менее они позволяют предположить, что заместительная терапия связана с меньшим количеством множественных половых партнеров и случаев вступления в половые контакты в обмен на наркотики или деньги. В то же время полученные данные не показали изменений или показали незначительное снижение количества случаев незащищенного секса между постоянными гетеросексуальными партнерами.

Гоуинг и др. (Gowing et al., 2004) выделили четыре исследования, в которых сообщалось о взаимосвязи показателей новых случаев сероконверсии с заместительной терапией. Несмотря на различия в использованных методах оценки и презентации данных, все четыре исследования указали на более низкие показатели сероконверсии, связанные с участием в программах заместительной терапии. Это позволяет предположить, что снижение частоты рискованного поведения действительно приводит к сокращению количества новых случаев ВИЧ-инфекции.

На данный момент не представляется возможным сравнить применение метадона и других видов фармакотерапии или другие терапевтические подходы с точки зрения их эффективности для снижения числа случаев рискованного поведения. Большинство контролируемых исследований, в которых проводятся такие сравнения, полагаются на анализ мочи (на наличие признаков употребления наркотиков) и удержание в программе лечения как на главные показатели для оценки результатов лечения, в то

время как поведенческие риски подробно не рассматриваются. Тем не менее, если допустить, что употребление наркотиков является индикатором вероятности рискованного поведения, тогда эти показатели дают некоторое представление относительно возможного влияния на поведение, рискованное в отношении заражения ВИЧ-инфекцией.

ПТМ не позволяет полностью прекратить употребление клиента-ми героина, но она значительно снижает уровень употребления. Крик (Kreek, 2000) утверждает, что при условии применения адекватных доз препарата, наличии (при необходимости) доступа к консультированию, медицинской и психиатрической помощи ПТМ позволяет достичь добровольного удержания в программе в течение одного года 60–80% лиц. При этом происходит снижение ежедневного приема незаконных опиоидов со 100% у лиц, начинающих терапию, до 20% у лиц, получающих терапию в течение одного года. В обзоре исследовательской литературы Вард и др. (Ward et al., 1998) обнаружили наличие положительной линейной зависимости «доза – реакция» между дозой метадона и удержанием в программе и отрицательную линейную зависимость с употреблением героина.

Проведя систематический обзор, Маттик, Брин, Кимбер и Даволи (Mattick, Breen, Kimber, and Davoli, 2002) пришли к выводу, что метадон по сравнению с нефармакологическими подходами оказался статистически значимо более эффективным для удержания на лечении (RR = 3,05, 95% CI: 1,75-5,35) и для снижения уровня употребления героина (RR = 0,32, 95% CI: 0,23-0,44). Данные наблюдательных исследований или лечения, основанного на абстиненции, ПТМ дает лучшие результаты в отношении употребления героина, криминального и рискованного сексуального поведения (Hall, Ward, & Mattick, 1998). Перспективное исследование результатов лечения (The Treatment Outcomes Prospective Study – TOPS) показало, что удержание на лечении к третьему месяцу было самым высоким в программе ПТМ (65%), на втором месте – показатели удержания в терапевтических сообществах (44%), а наименьший показатель был в амбулаторных программах, основанных на абстиненции (40%). Участие как в ПТМ, так и в терапевтических сообществах связано со снижением уровня употребления наркотиков (Hall et al., 1998).

Проведя обзор клинических испытаний бупренорфина в Соединенных Штатах, Джонсон (Johnson, 1997) пришел к выводу, что по показателям удержания на лечении и доле положительных результатов анализов мочи на наличие опиоидов бупренорфин в дозах от 4 до 16 мг в день более эффективен, чем плацебо, и равен метадону в дозах 20–60 мг. Маттик, Брин, Кимбер и Даволи (Mattick, Breen, Kimber, and Davoli, 2003) при проведении систематического обзора не обнаружили преимуществ высоких доз бупренорфина (6–12 мг) перед высокими дозами метадона (60–80 мг) для удержания на лечении (RR = 0,79, 95% CI: 0,62-1,01), а высокие дозы бупренорфина уступали метадону в снижении уровня употребления героина. Выяснилось, что бупренорфин во всех дозах статистически значимо превосходит плацебо-препарат в показателях удержания на лечении,

но лишь высокие и очень высокие дозы бупренорфина значительно превосходят плацебо в отношении подавления употребления героина. В двух других недавно опубликованных мета-анализах также было выявлено относительное равенство эффективности метадона и бупренорфина с точки зрения удержания на лечении и снижения уровня употребления героина (Barnett, Rodgers, & Bloch, 2001; West, O'Neal, & Graham, 2000). Таким образом, для прояснения различий между метадон и бупренорфином в их эффективности требуются дополнительные исследования.

Помимо влияния на употребление наркотиков и поведение, рискованное в отношении инфицирования ВИЧ, есть доказательства того, что заместительная терапия для ВИЧ-позитивных ПИН приводит к лучшему соблюдению режима лечения и улучшению его результатов (O'Connor, Selwyn, & Schottenfeld, 1994). Вебер, Ледергербер, Оправил, Сигенталер и Лути (Weber, Ledergerber, Opravil, Siegenthaler, and Luthy, 1990) вели наблюдение за 297 ПИН (активными и бывшими), которые все были ВИЧ-позитивны, но без клинических проявлений, и имели сходный уровень CD4-клеток на момент начала исследования. При повторном исследовании (в среднем на 16-м месяце) 80 человек выполняли все условия программы ПТМ, 124 человека продолжили употреблять инъекционные наркотики, а 93 человека перестали употреблять незаконные наркотики. Авторы выяснили, что вероятность прогрессирования ВИЧ-инфекции в группе пациентов, принимающих метадон (RR = 0,48), и у бывших потребителей наркотиков (RR = 0,66) ниже, чем у тех, кто продолжает употреблять инъекционные наркотики (RR = 1,78).

Программы заместительной терапии также предлагают возможности для расширения мер профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН и создания условий для предоставления лечения и ухода, включая назначение антиретровирусной терапии (АРТ) под прямым наблюдением для ЛЖВ, страдающих от опиоидной зависимости, а также лечение оппортунистических инфекций, таких как туберкулез (WHO, UNODC, UNAIDS, 2004). На сегодняшний день влияние фармакотерапии с использованием агонистов опиоидов на результаты лечения ВИЧ/СПИДа, включая приверженность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), изучено недостаточно. Соблюдение режима антиретровирусной терапии (приверженность) при ПТМ улучшается на этапе стабилизации. Авантс и др. (Avants et al., 2001) выяснили, что менее 80% пациентов сообщали о своей приверженности ВААРТ на момент начала ПТМ, однако показатели приверженности существенно возросли в первые четыре недели фазы стабилизации ПТМ.

Необходимо учитывать лекарственное взаимодействие между препаратами, которые используются для заместительной терапии, и антиретровирусными препаратами. Исследования, при которых изучалось фармакокинетическое и фармакодинамическое взаимодействие бупренорфина с антиретровирусными препаратами, показывают, что в отличие от метадона, которому свойственно неблагоприятное взаимодействие с зидовуди-

ном (McCance-Katz, Jatlow, Rainey, & Friedland, 1998), бупренорфин не повышает концентрацию зидовудина (McCance-Katz, Rainey, Friedland, Kosten, & Jatlow, 2001). ВИЧ-позитивные пациенты, которые принимают схему, содержащую эфавиренц, часто страдают от тяжелого синдрома отмены (McCance-Katz et al., 2002). Такой абстинентный синдром, по-видимому, является результатом стимулирования эфавиренцем цитохрома P450 3A4, который выполняет важную роль в метаболизме метадона и бупренорфина.

Таким образом, вполне возможно наличие существенных взаимодействий между препаратами для заместительной терапии и антиретровирусными препаратами, следовательно, клиницисты должны соответствующим образом контролировать и корректировать дозы. Для того чтобы определить весь спектр лекарственного взаимодействия различных препаратов-агонистов, необходимо проведение дополнительных оценок.

Программы фармакотерапии, основанные на использовании антагонистов и формировании негативных реакций (аверсивные программы)

Антагонист — это блокирующий препарат, который мешает наркотику оказывать эффект, устраняет чувство эйфории и другие желательные эффекты. Аверсивный препарат вступает во взаимодействие с наркотиком, к которому имеется зависимость, и вызывает неприятную (аверсивную) реакцию. Если потребители наркотиков контактируют с условно-рефлекторными стимулами, связанными с употреблением наркотиков, без подкрепляющего чувства эйфории (а возможно, и с негативным подкреплением, вызванным аверсивным препаратом), то со временем влечение к наркотику снижается (Tucker & Ritter, 2000).

В настоящий момент единственный препарат-антагонист, который используется в наркологических программах для профилактики рецидивов среди ПИН, — это налтрексон. Аверсивные препараты и «вакцины» для лечения кокаиновой зависимости находятся в процессе разработки и еще недоступны (Shearer & Gowing, 2004).

Ограниченность результатов научных исследований относительно использования налтрексона в профилактике рецидива при опиоидной зависимости означает, что в настоящее время невозможно сделать надежные выводы о его эффективности (Kirchmayer, Davoli, & Verster, 2003; Tucker & Ritter, 2000).

Несмотря на незначительные побочные эффекты, степень пристрастия налтрексона пациентами достаточно низкая (Brahen, Henderson, Capone, & Kordal, 1984; Tucker & Ritter, 2000; Zador, Adams, & Curry, 1999). Уровень удержания на лечении наиболее высок у участников с высоким уровнем мотивации (Brahen, Henderson, Capone, & Kordal, 1984; Tucker & Ritter, 2000; Washton, Gold, & Pottash, 1984).

Такер и Риттер (Tucker and Ritter, 2000) выделяют три исследования, в которых было обнаружено, что, по данным самоотчетов, тяга к наркотику снижается после приема налтрексона, но при этом среди участников исследований наблюдались индивидуальные различия. Снижение интенсивности влечения проявляется в сокращении приема наркотиков. В шести исследованиях, выделенных Такером и Риттером (Tucker and Ritter, 2000), процент позитивных анализов мочи на наличие наркотиков находился в диапазоне от 2,7 до 10,3%.

Такер и Риттер (Tucker and Ritter, 2000) также отмечают, что самые высокие показатели абстиненции после лечения наблюдались у наиболее мотивированных участников. Например, Корниш и коллеги (Cornish et al., 1997) сообщают о том, что в группе условно осужденных и досрочно освобожденных доля позитивных образцов мочи на наличие опиоидов через шесть месяцев лечения налтрексоном составила 8%. Кроме того, Уоштон, Голд и Потташ (Washton, Gold, & Pottash, 1984) сообщают о том, что 100% врачей и 64% бизнесменов сохраняли абстиненцию на двенадцатый месяц после начала лечения налтрексоном. Эти цифры сравнивались с показателем 31—53% на 12-й месяц лечения для «обычных» участников (Tucker & Ritter, 2000). В целом исследования подтверждают предположение, что хорошая социальная поддержка улучшает результаты лечения.

Поведенческие вмешательства в сочетании с фармакотерапией

Поведенческие вмешательства могут осуществляться в рамках программ лечения, основанных на воздержании, или в сочетании с фармакотерапией. Предоставление психосоциальной поддержки и консультирования, направленных на стимулирование изменений в поведении и в эмоциональной сфере, является важным компонентом в процессе лечения наркотической зависимости. Психосоциальные интервенции способствуют процессу адаптации стиля жизни, предоставляют инструменты для снижения рискованного поведения и содействуют формированию навыков сопротивления факторам, которые могут спровоцировать употребление наркотиков, а также навыков контроля случайных срывов в целях недопущения полномасштабного рецидива.

Считается, что психологические факторы играют значительную роль в инициации и продолжении приема наркотиков, при этом эйфорический эффект наркотиков действует как сильное позитивное подкрепление для последующего приема. Поведенческие интервенции направлены на изменение поведения, связанного с употреблением наркотиков, путем ограничения роли психологического обусловливания или формирования стратегий, направленных на предупреждение или контроль условно-рефлекторных стимулов, которые являются элементом процесса обусловливания.

Кроме того, поведенческие интервенции являются важным инструментом для работы с рискованными типами поведения, связанными с наркотической зависимостью, включая инъекционные и сексуальные практики. Следовательно, поведенческие вмешательства, осуществляе-

мые в сочетании с наркологическим лечением, играют важную роль в профилактике ВИЧ-инфекции.

В своем обзоре наркологического лечения Маттик, Уорд и Холл (Matick, Ward, and Hall, 1998) пришли к выводу, что психосоциальная терапия не может рассматриваться как самостоятельное лечение опиоидной зависимости. Лишь 5–30% потребителей героина с длительным анамнезом употребления поддаются лечению в программах, основанных на абстиненции (Kreek, 2000). Необходимо отметить, что поведенческие интервенции обычно являются частью более широкого подхода (ПТМ или программ, основанных на воздержании) и, следовательно, не могут оцениваться изолированно.

Тем не менее Маттик и коллеги приводят обоснованные доказательства того, что психосоциальная терапия способствует повышению общей эффективности программ ПТМ. Например, МакЛеллан, Арндт, Метцгер, Вуди и О'Брайен (McLellan, Arndt, Metzger, Woody, and O'Brien, 1993) в рандомизированном контролируемом исследовании сравнили минимальный «пакет» ПТМ (метадон в сочетании с кризисным консультированием и перенаправлением в другие службы), ПТМ в сочетании с базисным консультированием (регулярное консультирование с использованием системы поощрений) и расширенную ПТМ (регулярное консультирование в сочетании с семейным консультированием и консультированием по вопросам трудоустройства). Оказалось, что минимальный пакет ПТМ был в большей степени связан с высоким числом положительных тестов мочи на наличие опиатов, чем ПТМ с базисным консультированием, а расширенная ПТМ еще больше снизила процент позитивных образцов.

Гриффит, Рован-Сзал, Роурк и Симпсон (Griffith, Rowan-Szal, Roark, and Simpson, 2000) при проведении мета-анализа контролируемых исследований обнаружили, что программы с системой поощрений (например, использование бонусов или наказаний) эффективны в снижении частоты позитивных тестов мочи при ПТМ (размер взвешенного среднего эффекта 0,25).

Лечение, основанное на воздержании или ориентированное на достижение абстиненции

Ориентированные на достижение абстиненции или основанные на воздержании терапевтические подходы существенно отличаются друг от друга контекстом реализации (амбулаторные, с проживанием и группы самопомощи) и направленностью (Swindle, Peterson, Paradise, & Moos, 1995). Они являются важным компонентом лечения для людей, обращающихся за наркологической помощью, и обычно получают значительную поддержку со стороны семьи и органов власти. В целом научная доказательная база в отношении программ лечения, проводимых на базе сообщества и ориентированных на воздержание, пока недостаточно разработана.

Исследования показали, что эффективность различных типов психотерапии для лечения кокаиновой зависимости колеблется в широких

границах, что, по-видимому, отражает разницу в интенсивности лечения (American Psychiatric Association, 1995) или его качестве (Crits-Christoph et al., 1999).

Были получены данные о том, что когнитивно-поведенческие вмешательства не обладают преимуществом перед другими видами психотерапии в достижении воздержания, однако исследования дают возможность предположить, что их результат может быть более устойчивым, а следовательно, более эффективным с точки зрения профилактики рецидива. Более того, когнитивно-поведенческие подходы могут быть более эффективны для потребителей наркотиков с тяжелой зависимостью (Carroll, 1998).

Что касается потребителей амфетаминов, то Бейкер и Ли (Baker and Lee, 2003), проведя обзор литературы, пришли к выводу, что профилактика рецидива и другие когнитивно-поведенческие подходы являются наиболее эффективными методами лечения. Они предложили использовать мотивационное интервьюирование как стратегию помощи клиентам, испытывающим противоречивые чувства относительно лечения, и подтверждают наличие данных об эффективности ситуационного менеджмента* в период лечения.

Стационарные программы реабилитации основываются на том принципе, что жестко регламентированные условия проживания, свободные от наркотиков, создают подходящий фон для воздействия на основополагающие причины наркотического поведения. Эти программы помогают клиенту сформировать необходимые навыки и взгляды для того, чтобы сделать шаги по направлению к образу жизни, свободному от наркотиков. Терапевтические сообщества представляют собой один из видов реабилитации, где акцент ставится на принятии личной ответственности относительно решений и поступков (Swindle et al., 1995) и использовании сообщества как на методе укрепления здоровья, социального благополучия и личностного роста (De Leon, 2000).

Группы самопомощи или взаимной поддержки обычно основаны на тех же принципах, что и группы анонимных алкоголиков (АА) или анонимных наркоманов (АН), когда подчеркивается патологическая (болезненная) природа алкогольной и наркотической зависимости, восстановление без обещания полного излечения. «12 шагов» в группах АА/АН несут в себе значительный духовный компонент, направленный на восстановление отношений с другими людьми, раскаяние, возвращение утраченного и привлечение в программу восстановления других «алкоголиков» или «наркоманов». Одно из преимуществ групп самопомощи и взаимной поддержки заключается в том, что они обеспечивают механизм формирования альтернативного социального окружения, не поддерживающего употребление наркотиков. Исследования показали, что лица, сумевшие сформировать для себя новое социальное окружение, чаще сохраняют абстиненцию (Powell & Taylor, 1989).

* При ситуационном менеджменте (contingent management) используется система поощрения как метод вознаграждения пациента за соблюдение требований лечения. — *Прим. пер.*

Было проведено слишком мало сравнительных исследований результатов лечения в терапевтических сообществах с надлежащим учетом погрешностей и искажающих факторов, что мешает сформулировать четкий вывод относительно эффективности данного подхода по сравнению с другими лечебными методами. Тем не менее Гоуинг, Кук, Бивен и Уоттс (Gowing, Cooke, Biven, and Watts, 2002) недавно опубликовали обзор, в котором высказывается мнение об эффективности терапевтических сообществ, основанное на совпадении имеющихся результатов многих повторных исследований.

Считается, что для устойчивого изменения поведения требуется три месяца лечения и более. Исследования, которые включили в свой обзор Гоуинг и коллеги, указывают на то, что к третьему месяцу примерно 30—50% тех, кто начинает лечение в терапевтических сообществах, остаются на лечении. При этом средняя продолжительность пребывания в терапевтической программе колеблется от 54 до 100 дней. Следовательно, большинство клиентов, поступающих на лечение в терапевтические сообщества, не остаются на лечении на тот период времени, который считается необходимым для формирования устойчивых изменений.

Некоторые стратегии, такие как подготовительные интервенции перед поступлением на лечение, могут улучшать показатели удержания в программе, например, такие, как предоставление дополнительных услуг, направленных на удовлетворение индивидуальных потребностей. Возможно, самый важный вывод, который можно сделать при анализе данных о частоте прерывания курса терапии, заключается в том, что терапевтические сообщества подходят не всем людям и что клиенты, находящиеся на различных стадиях наркотической зависимости и процесса выздоровления, будут реагировать на него по-разному. Это указывает на важность объединения терапевтических сообществ с другими видами лечения, с тем чтобы гарантировать возможность получения альтернативной терапии людям, которые оказались не в состоянии завершить данное лечение.

После завершения лечения в терапевтическом сообществе рецидив является таким же распространенным явлением, как и при других видах лечения. Тем не менее общий уровень и частота употребления наркотиков значительно снижаются благодаря участию в программах терапевтических сообществ, и такие положительные изменения сохраняются на протяжении 1—2 лет. Данный подход заслуживает внимания как часть работы по профилактике ВИЧ-инфекции, поскольку все клиенты, достигшие длительной абстиненции, значительно снижают риск летального исхода, связанного с инъекциями и употреблением наркотиков. Однако нужно помнить о рисках, возникающих в тех случаях, когда клиенты этих программ срываются и переходят к хаотичному или систематическому употреблению наркотиков. Оценочные данные говорят о том, что по крайней мере 70—80% клиентов сорвутся, поэтому вмешательства, подобные ПТМ, становятся очень важными для основной целевой популяции.

Результаты исследований четко указывают на то, что время, проведенное в терапевтических программах, является фактором, определяющим результаты лечения. Однако это сложный вопрос, поскольку время также является опосредованным индикатором в отношении начала, продолжения и успеха лечения.

В двух работах Фиорентин (Fiorentine, 1999) и Фиорентин и Хиллхаус (Fiorentine and Hillhouse, 2000) проанализировали лонгитюдное исследование среди более чем 400 взрослых клиентов, начинающих лечение в 25 амбулаторных наркологических учреждениях Лос-Анджелеса, США, чтобы изучить некоторые аспекты 12-шаговых программ. В этом исследовании была сделана попытка проконтролировать влияние, которое мотивация и параллельные программы оказывают на лечение. Наиболее часто употребляемыми наркотиками за год, предшествующий лечению, в данной группе были крэк-кокаин (56%), каннабис (46%), метамфетамин (24%) и кокаин (22%); при этом половину выборки составляли клиенты с полинаркоманией. Основные результаты исследования следующие: еженедельное или более частое посещение групп 12-шаговой программы может быть эффективным для поддержания относительно длительной абстиненции; посещение менее одного раза в неделю, скорее всего, является не более эффективным, чем неучастие вообще; программы традиционного наркологического лечения и «12 шагов» должны рассматриваться как интегрированные интервенции, а не как альтернатива; участники 12-шаговых программ оставались на лечении дольше и чаще завершали 24-недельный курс наркологической терапии; показатели воздержания были выше у тех клиентов, которые принимали участие как в программе традиционного лечения, так и в 12-шаговой программе, чем у тех, которые прошли лишь курс наркологического лечения (что совпадает с данными о том, что интенсивность и продолжительность лечения играют существенную роль для достижения успеха).

Вайсс и коллеги (Weiss et al., 1996) указывают на то, что посещение групп самопомощи само по себе недостаточно — важно активное участие в групповых встречах. Они подкрепляют свою точку зрения данными опроса 519 кокаинзависимых людей, участвовавших в психотерапевтическом исследовании. За неделю до начала исследования 34% из них посещали группу самопомощи. Из тех, кто посещал и активно участвовал в групповых заседаниях, 55% стали воздерживаться от употребления наркотиков в течение следующего месяца по сравнению с 40% тех, кто не посещал, и 38% тех, кто посещал, но активно не участвовал в работе группы. На сегодняшний день еще недостаточно данных о том, насколько эти группы эффективны для передачи информации о рисках заражения ВИЧ, однако имеются отдельные сообщения о том, что такие группы связаны со значительным снижением частоты рискованного поведения.

Факторы, оказывающие влияние на результаты

Риски заражения ВИЧ-инфекцией могут отличаться в различных подгруппах ПИН. Например, в выборке из 91 ПИН мужского пола (половина из которых в тот момент находилась на лечении) при оценке рискованного поведения в течение жизни оказалось, что лица с асоциальными расстройствами личности чаще употребляли инъекционные наркотики, чаще совместно использовали инъекционный инструментарий и реже стерилизовали шприцы (Kelley and Petry, 2000). Что касается оценки поведенческих рисков за месяц, предшествующий лечению, выяснилось, что в этот период лица с асоциальными расстройствами личности чаще употребляли инъекционные наркотики и реже стерилизовали шприцы. Авантс, Варбертон, Хоукинс и Марголин (Avants, Warburton, Hawkins, and Margolin, 2000) также указывают на недавно проведенное исследование среди наркозависимых, в котором сообщается о наличии зависимости между сопутствующими психиатрическими проблемами и рискованным поведением.

В выборке, состоящей из клиентов ПТМ, было обнаружено, что потребители бензодиазепинов чаще употребляли наркотики инъекционным путем, принимали больше амфетаминов и кокаина, а также больше различных групп наркотиков в течение месяца, предшествующего интервью. Кроме того, потребители бензодиазепинов значительно чаще брали взаймы и одалживали использованные иглы. Зависимость между употреблением бензодиазепинов, высокими показателями употребления наркотиков и рискованным поведением сохранялась, даже если потребители бензодиазепинов находились на лечении дольше и получали более высокие дозы метадона (Darke, Swift, Hall, & Ross, 1993).

Эффективность фармакотерапии с использованием агонистов для лечения опиоидной зависимости в снижении риска заражения ВИЧ-инфекцией также может снижаться из-за параллельного употребления кокаина. Например, в исследовании среди ПИН, участвующих в программе ПТМ, Букс, Лэмб и Игучи (Bux, Lamb, and Iguchi, 1995) выяснили, что потребители кокаина значительно чаще сообщали об употреблении наркотика инъекционным путем за последний месяц, чем те, кто не употреблял (85% против 23%), и, кроме того, сообщали о большем количестве инъекций (22,5 против 3,7). Камачо, Бартоломей, Джо, Клауд и Симпсон (Camacho, Bartholomew, Joe, Cloud, and Simpson, 1996) сообщили, что гендерная специфика и употребление кокаина оказывают влияние на использование «грязного» инъекционного инструментария по крайней мере один раз за период в 30 дней, предшествующий исследованию.

Большие обсервационные исследования результатов лечения

Масштабные обсервационные исследования оказали огромное влияние на наши представления о лечении и лечебном процессе, поскольку они позволили оценить результаты лечения в различных реальных контекстах по всему миру. Несмотря на то что эти исследования не дают воз-

возможности рассчитать масштаб эффективности лечения (то есть получить количественную оценку результатов лечения), в сравнении с ситуациями отсутствия лечения они все же дают некоторое представление о вероятных результатах и воздействии терапии. Эти исследования также позволяют отслеживать, как изменяются проявления наркотической зависимости, а также характер наркопотребления.

В США в течение последних 30 лет каждые десять лет проводилась серия масштабных когортных исследований: Программа исследования наркомании (Drug Abuse Research Program) в 70-х годах, Перспективное исследование результатов лечения (Treatment Outcome Prospective Study – TOPS) в 80-х и Исследование результатов наркологического лечения (Drug Abuse Treatment Outcome Study – DATOS) в 90-х годах (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson, & Etheridge, 1997). Также было проведено Национальное исследование результатов лечения (National Treatment Outcome Research Study – NTORS) в Великобритании в 90-х годах (Gossop et al., 1997). В январе 2001 года было начато Австралийское исследование результатов лечения (Australian Treatment Outcome Study – ATOS) (Darke et al., 2005).

В этих исследованиях клиенты оценивались на входе в программу, во время и после лечения. Эти исследования предоставляют данные для оценки лечебных систем, по которым клиенты получают различные по интенсивности и продолжительности виды лечения; показывают, достигается ли желаемый лечебный результат; позволяют определить группы клиентов, которые склонны к самым большим или самым незначительным изменениям.

Они могут также продемонстрировать, как меняются результаты терапии в зависимости от объема и вида получаемого лечения. Однако, поскольку эти исследования не учитывают многие другие факторы (например, факторы, не связанные с лечением; взросление человека; циклические изменения), они не могут показать наверняка, что любые наблюдаемые изменения были вызваны лечением (несколькими курсами лечения).

В двух недавно проведенных исследованиях (DATOS в Соединенных Штатах и NTORS в Великобритании) сообщается о влиянии лечения на инъекционные и другие риски, связанные с заражением ВИЧ, которое проявлялось в постепенном снижении уровня рискованного поведения.

В исследовании DATOS говорится о том, что все методы лечения приводят к значительному снижению инъекционного риска, а удержание на лечении ассоциировано как с более существенным снижением рискованного поведения, так и с более низкими исходными показателями рискованного поведения. При анализе выборки DATOS четко видно, что характеристики рискованного инъекционного поведения, ведущего к заражению ВИЧ, среди клиентов, начинающих ПТМ, существенно отличаются от характеристик потребителей, поступающих в программу лечения с проживанием, и в программу, основанную на абстиненции,

поскольку среди последних отмечаются более высокие уровни употребления кокаина и крэка, а также превалирует неинъекционный путь приема наркотиков. Это означает, что клиенты, начинавшие программы ПТМ, чаще всего являлись потребителями героина инъекционным путем, и для них было характерно поведение, связанное с большим риском заражения ВИЧ-инфекцией.

В исследовании NTORS наблюдение за одной из подгрупп выборки продолжалось пять лет. Большинство участников исходной выборки до начала лечения употребляли наркотики инъекционным путем. Уровень инъекционного введения наркотиков снизился с 60% на момент начала лечения до 37% на момент повторных исследований через 4–5 лет, а согласно самоотчетам клиентов частота совместного использования инъекционного инструментария сократилась с 14 до 5%. Эти результаты относятся как к клиентам, принятым в программу ПТМ на базе сообщества, так и к клиентам программы лечения с проживанием (residential treatment) .

Рентабельность лечения

Имеющиеся данные о преимуществах инвестирования в программы лечения указывают на то, что все виды лечения имеют преимущества по сравнению с его отсутствием. Снижение уровня инфицирования ВИЧ в Европе и Австралии благодаря заместительной терапии доказало свою высокую рентабельность.

Результаты исследования NTORS по уровню рентабельности указывают на то, что экономия на социальные и медицинские затраты была в три раза выше на каждую единицу расходов, подтверждая общую рентабельность лечения (Gossop, Marsden, & Stewart, 1998; Godfrey, Stewart, & Gossop, 2004). Более раннее исследование, проводившееся в Соединенных Штатах, в котором были учтены в том числе и юридические, и другие расходы, показало даже большую, семикратную, экономию на единицу расходов (Gerstein & Harwood, 1994).

Также имеются четкие свидетельства, что лишение свободы сопровождается повышением уровня рецидивов на 90%, тогда как альтернативные лишению свободы методы наказания являются высокорентабельными. В недавно опубликованном документе Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC, 2003) выражается твердая уверенность в том, что лечение является экономически оправданным вложением средств. Имеется международный консенсус относительно того, что затраты на лечение компенсируются в среднесрочной и длительной перспективе снижением расходов на содержание медицинской и юридической систем.

*Разновидность терапевтических программ, которые осуществляются в т.н. residential treatment center – месте, где лица, зависимые от наркотиков, живут, работают и общаются в обстановке, лишенной наркотиков. – *Прим. ред.*

Масштабы лечения наркотической зависимости

По оценкам, число людей с опиоидной зависимостью, которым назначается метадон, по всему миру составляет более полумиллиона, и это число увеличивается практически во всех регионах мира. Поначалу внедренная в Западной Европе и США ПТМ для лечения опиоидной зависимости расширяется на восток – на территории Центральной и Восточной Европы, Средиземноморского региона и Юго-Восточной Азии.

По всему миру ПТМ стала наиболее часто используемым фармакологическим подходом при лечении героиновой зависимости. В некоторых странах Европы ПТМ покрывает более 80% потребностей в лечении; в других странах покрытие значительно меньше. В Европейском регионе 76% программ заместительной терапии используют метадон (EMCDDA 2000). Такие программы, хоть и в небольшом масштабе, были инициированы в Китае, Индонезии, Иране, Кыргызстане, Непале и Таиланде. Ожидается, что в ближайшие пять лет миллион наркозависимых лиц будут получать ПТМ.

Поддерживающая терапия бупренорфином (ПТБ) на сегодняшний день доступна в 29 странах: Австралии, Австрии, Бельгии, Китае (Гонконг), Чехии, Дании, Эстонии, Финляндии, Германии, Греции, Исландии, Индонезии, Израиле, Италии, Литве, Люксембурге, Малайзии, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Сингапуре, Словакии, Словении, Южной Африке, Швеции, Швейцарии, Украине, Великобритании и Соединенных Штатах. Также имеются данные о том, что ПТБ доступна в Иране (Ahmadi, 2003). Во многих из этих стран ПТБ не проводится в общенациональном масштабе, а законы и лечебные подходы в разных странах существенно различаются (The Coordinating and Information Resource Centre for International Travel by Patients Receiving Methadone and other Substitution Treatments for Opiate Addiction, 2004).

Во Франции действуют наименее жесткие правила относительно использования бупренорфина, а с 1995 года зарегистрированным врачом разрешено выписывать бупренорфин без специальной лицензии или обучения (Auriacombe, Fatseas, Dubernet, Daulouede, & Tignol, 2004). К 1998 году на бупренорфиновой терапии ежегодно находилось 65 000 пациентов, а к 2001 году их число возросло до 74 000, тогда как 9600 получали лечение метадоном (Auriacombe et al., 2004). В Австралии бупренорфин для лечения опиоидной зависимости был зарегистрирован в 2001 году, и, по состоянию на 30 июня 2004 года, 8641 пациент был зарегистрирован как получающий ПТБ. Несмотря на то что бупренорфин зарегистрирован и в ряде других стран, данные о количестве пациентов этих программ недоступны.

Другие программы лечения наркотической зависимости, осуществляемые в мире, значительно разнятся между собой по спектру применяемых методов и охвату. В большинстве развивающихся стран функционирует весьма ограниченное число специализированных служб, особенно вдали от крупных городов. Там, где службы по лечению наркотической зависи-

мости существуют, они зачастую прикреплены к психиатрической службе или другим службам по охране психического здоровья. При этом сотрудничество со службами по профилактике ВИЧ/СПИДа и других инфекционных заболеваний либо отсутствует, либо очень ограничено. Во многих развивающихся странах и странах переходного периода работа с потребителями наркотиков осуществляется в основном усилиями министерств юстиции и социального обеспечения, а также пенитенциарной системы — с ограниченным доступом к услугам по профилактике ВИЧ/СПИДа и к другим медицинским службам. Закрытые наркологические больницы и камеры предварительного заключения сами по себе часто создают значительный риск распространения ВИЧ-инфекции.

Заключение и рекомендации

Во многих странах удалось добиться успеха в сдерживании распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН, особенно там, где была поставлена цель предоставить комплексные и разнообразные программы лечения.

Все страны, в которых есть популяция потребителей инъекционных наркотиков, должны стремиться к разработке комплексных программ лечения, включая заместительную поддерживающую терапию для лечения опиоидной зависимости. Представители руководящих структур должны четко понимать, что внедрение заместительной терапии — важнейший компонент стратегии профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных опиоидов.

Кроме того, исследования различных видов терапии, проведенные в Великобритании и Соединенных Штатах, указывают на то, что при осуществлении таких программ имеется возможность 3—7-кратной экономии на каждую единицу расходов (Gerstein & Harwood, 1994; Gossop et al., 1998; Godfrey et al., 2004).

Фармакотерапия с использованием агонистов по-прежнему считается противоречивым методом, и многие представители власти выступают против использования таких видов лечения. Главные препятствия к внедрению заместительной терапии следующие: чиновники сомневаются в эффективности такого лечения в конкретных условиях своих стран; подвергают сомнению рентабельность этого метода терапии; опасаются таких негативных последствий, как утечка наркотиков на нелегальный рынок и рост наркопотребления в сообществе.

В данной статье были представлены доказательства того, что ПТМ связана со значительным снижением уровня инъекционного употребления наркотиков и совместного использования инъекционного инструментария. Данные относительно рискованного сексуального поведения ограничены, однако они указывают на то, что ПТМ снижает количество случаев наличия многочисленных половых партнеров или предоставления сексуальных услуг в обмен на деньги или наркотики, при этом не оказывая воздействия или очень незначительно снижая количество случаев незащищенного секса. Исследования показателей сероконверсии, являю-

щихся самым надежным и наиболее четким стандартом для оценки роли метадона в профилактике ВИЧ-инфекции, позволяют сделать вывод, что сокращение практик рискованного поведения действительно приводит к снижению числа случаев заражения ВИЧ-инфекцией. Несмотря на то что данные относительно рискованного с точки зрения заражения ВИЧ поведения ограничены, имеются надежные доказательства, что заместительная терапия как метадон, так и бупренорфином снижает уровень незаконного употребления опиоидов. Имеются также данные о том, что заместительная терапия для ВИЧ-положительных ПИН связана с лучшими показателями в отношении приверженности и результатов лечения.

Ответственные лица должны быть проинформированы, что отсутствие таких видов лечения напрямую связано с высокими социальными, медицинскими и бюджетными затратами, а также с ростом числа случаев ВИЧ-инфекции и летальных исходов. В странах, не применяющих подобные программы, в настоящий момент регистрируются самые значительные вспышки эпидемии ВИЧ-инфекции. Такая ситуация может сохраняться до тех пор, пока не будут разработаны и внедрены комплексные программы профилактики и лечения на базе сообщества.

Библиография

1. Ahmadi J. (2003). Methadone vs. buprenorphine maintenance for the treatment of heroin-dependent outpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 217-220.
2. American Psychiatric Association (1995). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry*, 152(11 Suppl.), 1-59.
3. Antela A., Casado J. L., Gonzalez M. J., Perez P., Perez-Elias M. J., Montilla P., et al. (1997). Influence of a methadone maintenance programme on the improved outcome of a cohort of injecting drug users with advanced HIV disease. *AIDS*, 11(11), 1405-1406.
4. Auriacombe M., Fatseas M., Dubernet J., Daulouede J. P., & Tignol J. (2004). French field experience with buprenorphine. *American Journal on Addictions*, 13(Suppl. 1), S17-S28.
5. Avants S. K., Warburton L. A., Hawkins K. A., & Margolin A. (2000). Continuation of high-risk behavior by HIV-positive drug users. *Treatment implications. Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 15-22.
6. Baker A., & Lee N. K. (2003). A review of psychosocial interventions for amphetamine use. *Drug and Alcohol Review*, 22(3), 323-335.
7. Barnett P. G., Rodgers J. H., & Bloch D. A. (2001). A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction*, 96(5), 683-690.
8. Brahen L. S., Henderson R. K., Capone T., & Kordal N. (1984). Naltrexone treatment in a jail work-release program. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(9 Sec. 2), 49-52.

9. Bux D. A., Lamb R. J., & Iguchi M. Y. (1995). Cocaine use and HIV risk behavior in methadone maintenance patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 37(1), 29-35.
10. Camacho L. M., Bartholomew N. G., Joe G. W., Cloud M. A., & Simpson D. D. (1996). Gender, cocaine and during-treatment HIV risk reduction among injection opioid users in methadone maintenance. *Drug and Alcohol Dependence*, 41(1), 1-7.
11. Carroll K. M. (1998). Treating drug dependence: Recent advances and old truths. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviours* (pp. 217-229). New York: Plenum Press.
12. Cornish J. W., Metzger D. S., Woody G. E., Wilson D., McLellan A. T., Vandergrift B., et al. (1997). Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 529-534.
13. Crits-Christoph P., Siqueland L., Blaine J., Frank A., Luborsky L., Onken L. S., et al. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 493-502.
14. Darke S., Swift W., Hall W., & Ross M. (1993). Drug use HIV risk-taking and psychosocial correlates of benzodiazepine use among methadone maintenance clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 67-70.
15. Darke S., Ross J., Teesson M., Ali R., Cooke R., Ritter A., et al. (2005). Factors associated with 12 months continuous heroin abstinence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(3), 255-263.
16. De Leon G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. New York, NY, United States: Springer Publishing Co. Inc.
17. Des Jarlais D. C., Friedman S. R., Woods J., & Milliken J. (1992). HIV infection among intravenous drug users: Epidemiology and emerging public health perspectives. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (pp. 734-743). Baltimore: Williams and Wilkins.
18. Fiorentine R. (1999). After drug treatment: Are 12-step programs effective in maintaining abstinence? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(1), 93-116.
19. Fiorentine R., & Hillhouse M. P. (2000). Drug treatment and 12-step program participation: The additive effects of integrated recovery activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 65-74.
20. Gerstein D. R., & Harwood H. (1994). CALDATA general report. Godfrey C., Stewart D., & Gossop M. (2004). Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Addiction*, 99(6), 697-707.

22. Gossop M., Marsden J., & Stewart D. (1998). NTORS at one year: Changes in substance use, health and criminal behaviour one year after intake. London: Department of Health.
23. Gowing L. R., Ali R. L., & White J. M. (2000). The management of opioid withdrawal. *Drug and Alcohol Review*, 19(3), 309-318.
24. Gowing L., Cooke R., Biven A., & Watts D. (2002). Towards better practice in therapeutic communities. Australia: Australasian Therapeutic Communities Association, Canberra.
25. Gowing L., Farrell M., Bornemann R., & Ali R. (2004). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection [Cochrane Review]. In *The cochrane library* (Issue 4). Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.
26. Gossop M., Marsden J., Stewart D., Edwards C., Lehmann P., Wilson A., et al. (1997). The national treatment outcome research study in the United Kingdom: Six-month follow-up of outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 324-337.
27. Griffith J. D., Rowan-Szal G. A., Roark R. R., & Simpson D. D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment : A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1), 55-66.
28. Hall W., Ward J., & Mattick R. P. (1998). The effectiveness of methadone maintenance treatment 1: Heroin use and crime. In J. Ward R. P. Mattick & W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 17-57). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
29. Hubbard R. L., Craddock S. G., Flynn P. M., Anderson J., & Etheridge R. M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 261-278.
30. Johnson R. E. (1997). Review of US clinical trials of buprenorphine. *Research and Clinical Forums*, 19(3), 17-23.
31. Johnson R. E., Strain E. C., & Amass L. (2003). Buprenorphine: How to use it right. *Drug and Alcohol Dependence*, 70(Suppl. 2), 59-S77.
32. Kelley J. L., & Petry N. M. (2000). HIV risk behaviors in male substance abusers with and without antisocial personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 59-66.
33. Kirchmayer U., Davoli M., & Verster A. (2003). Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence [Cochrane Review]. In *The cochrane library* (Issue 3). Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.
34. Kreek M. J. (2000). Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 909, 186-216.
35. Mattick R. P., Ward J., & Hall W. (1998). The role of counselling and psychological therapy. In J. Ward R. P. Mattick & W. Hall (Eds.), *Methadone*

maintenance treatment and other opioid replacement therapies (pp. 265-304). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

36. Mattick R. P., Breen C., Kimber J., & Davoli M. (2002). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence [Cochrane Review]. In *The cochrane library* (Issue 4). Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.

37. Mattick R. P., Kimber J., Breen C., & Davoli M. (2003). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence [Cochrane Review]. In *The cochrane library* (Issue 3). Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.

38. McCance-Katz E. F., Jatlow P., Rainey P., & Friedland G. (1998). Methadone effects on zidovudine (AZT) disposition (ACTG 262).

39. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome Human Retrovirology*, 18, 435-443.

40. McCance-Katz E. F., Rainey P. M., Friedland G., Kosten T. R., & Jatlow P. (2001). Effect of opioid dependence pharmacotherapies on zidovudine disposition. *American Journal Addictions*, 10, 296-307.

41. McCance-Katz E. F., Gourevitch M. N., Arnsten J., Sarlo J., Rainey P., & Jatlow P. (2002). Modified Directly Observed Therapy (MDOT) for injection drug users with HIV disease. *American Journal Addictions*, 11, 271-278.

42. McLellan A. T., Arndt I. O., Metzger D. S., Woody G. E., & O'Brien C. P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269(15), 1953-1959.

43. O'Connor P. G., Selwyn P. A., & Schottenfeld R. S. (1994). Medical care for injection-drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 331(7), 450-459.

44. Powell J. E., & Taylor D. (1989). Evaluation of a residential detoxification and motivational program: The Wollongong Crisis Centre.

45. In Report of a project funded by the Australian Research Into Drug Abuse Program of the National Campaign Against Drug Abuse. Canberra: Commonwealth of Australia.

46. Shearer J., & Gowing L. R. (2004). Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: A review of current research. *Drug and Alcohol Review*, 23(2), 203-211.

47. Sorensen J. L., & Copeland A. L. (2000). Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 59(1), 17-31.

48. Stimson G. V. (1995). AIDS and injecting drug use in the United Kingdom 1987-1993 the policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science and Medicine*, 41(5), 699-716.

49. Swindle R. W., Peterson K. A., Paradise M. J., & Moos R. H. (1995). Measuring substance abuse program treatment orientations:

50. The Drug and Alcohol Program Treatment Inventory. *Journal of Substance Abuse*, 7, 61-78.

51. Tucker T. K., & Ritter A. J. (2000). Naltrexone in the treatment of heroin dependence: A literature review. *Drug and Alcohol Review*, 19(1), 73-82.
52. UNODC. (2003). Investing in drug abuse treatment. A discussion paper for policy makers. United Nations, New York, United States.
53. Joint WHO/UNAIDS/UNODC. (2003). Position paper on substitution treatment. Geneva, Switzerland.
54. Ward J., Mattick R. P., & Hall W. (1998). The use of methadone during maintenance treatment: Pharmacology, dosage and treatment outcome. In J. Ward R. P. Mattick & W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 205-238). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
55. Washton A. M., Gold M. S., & Pottash A. C. (1984). Naltrexone in addicted physicians and business executives. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(9), 39-41.
56. Weber R., Ledergerber B., Opravil M., Siegenthaler W., & Luthy R. (1990). Progression of HIV infection in misusers of injected drugs who stop injecting or follow a programme of maintenance treatment with methadone. *British Medical Journal*, 301(6765), 1362-1365.
57. Weiss R. D., Griffin M. L., Najavits L. M., Hufford C., Kogan J., Thompson H. J., et al. (1996). Self-help activities in cocaine dependent patients entering treatment: Results from NIDA collaborative cocaine treatment study. *Drug and Alcohol Dependence*, 43(1-2), 79-86.
58. West S. L., O'Neal K. K., & Graham C. W. (2000). A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. *Journal of Substance Abuse*, 12(4), 405-414.
59. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2004). Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: Position paper. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
60. Zador D. A., Adams M., & Curry K. H. (1999). Clinical experience with naltrexone maintenance in a hospital drug and alcohol outpatient setting. *Medical Journal of Australia*, 171(9), 501.



ВИЧ-инфекция у потребителей инъекционных наркотиков (профилактика и лечение)

Основой для данной статьи послужило пособие для врачей «ВИЧ-инфекция у потребителей инъекционных наркотиков», изданное Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию РФ, ФГУ Национальный научный центр наркологии при поддержке голландской гуманитарной организации «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West, AFEW*) в 2007 году (авторский коллектив: к.м.н. Н.А. Должанская, к.м.н. С.А. Андреев, к. психол.н. Т.С. Бузина, С.В. Корень)¹.

Благодарим за помощь в разработке материалов

Ю. А. Саранкова – старшего программного советника, *AFEW*, и К. С. Лаврову – руководителя проекта по профилактике ВИЧ-инфекции среди ПИН, *AFEW*.

АННОТАЦИЯ

В настоящей статье представлена характеристика современного этапа развития эпидемии ВИЧ-инфекции в странах постсоветского пространства, определены основные пути заражения, закономерности, связанные с распространением эпидемии, а также принципы дифференцированного профилактического вмешательства для различных целевых групп потребителей инъекционных наркотиков. В пособие включена информация, касающаяся необходимости внедрения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции на разных этапах оказания наркологической помощи, и проанализированы особенности данного рода деятельности в условиях наркологического диспансера, стационара и в малодоступных и закрытых группах потребителей инъекционных наркотиков.

Лечение наркотической зависимости рассматривается как важнейший компонент профилактики ВИЧ-инфекции в связи с употреблением наркотиков. Рассмотрены особенности оказания наркологической помощи ВИЧ-положительным потребителям инъекционных наркотиков в условиях инфекционного стационара. Отдельная глава посвящена изложению современного подхода к лечению ВИЧ-инфекции, связанному с применением высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Особое внимание уделено вопросам предоставления ВААРТ потребителям инъекционных наркотиков.

Пособие предназначено для психиатров-наркологов, медицинских психологов и других специалистов службы наркологической помощи.

¹ Материал утвержден председателем Научного совета по наркологии РАМН, членом-корр. РАМН, профессором Н.Н. Иванцом.

Введение

Заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), появилось в конце 80-х годов и начало стремительно распространяться в так называемых группах риска. Наиболее пораженной среди них оказалась группа потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Причина этого явления, вероятно, связана с воздействием психоактивных веществ (ПАВ), влияющих на изменение поведения человека, в результате которого активизируются основные пути передачи ВИЧ-инфекции: половой, через кровь и вертикальный – от матери ребенку во время беременности, в родах и при грудном вскармливании.

Тесная взаимосвязь наркозависимости и ВИЧ-инфекции имеет не только выраженную медицинскую, но и социальную, и экономическую значимость, так как их распространение происходит в основном среди населения с высокой профессиональной дееспособностью и сексуальной активностью – молодых людей от 15 до 30 лет. Несмотря на различие в этиологических факторах, оба заболевания относятся к разряду контактно-трансмиссивных, связанных с тяжелым клиническим течением, значительными трудностями в лечении и часто – с неблагоприятным прогнозом.

В этой ситуации закономерно возникает вопрос о необходимости комплексного подхода к вопросам профилактики и лечения употребления психоактивных веществ и сопутствующей ВИЧ-инфекции, а также совершенствования методов оказания наркологической помощи.

1. Современный этап развития эпидемии ВИЧ-инфекции в Беларуси

На сегодняшний день официальные показатели развития эпидемии ВИЧ/СПИДа в Беларуси значительно ниже, чем в других странах постсоветского пространства (первые места занимают Украина и Россия). Тем не менее, учитывая тесные социальные и экономические связи между этими странами, а также то, что в последние годы в Беларуси наблюдается тенденция к увеличению случаев ВИЧ-инфекции среди общего населения, нельзя исключать возможность развития эпидемии ВИЧ/СПИДа по тому же сценарию, что и в сопредельных странах.

Основные статистические показатели по ВИЧ-инфекции в Беларуси на 1 апреля 2007 года²

Распространенность на 100 000 населения	Зарегистрировано с 1987 г.	Численность ЛЖВ	Умерло ЛЖВ, всего	Кол-во выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди обследованных ПИН
82,8	8014	6987	1027	5028

² По данным ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья».

Как правило, после того как ВИЧ-инфекция в том или ином регионе поражает сообщества потребителей инъекционных наркотиков, начинается ее дальнейшее распространение среди других групп населения половым путем. В значительной степени этому способствуют вовлеченность потребителей инъекционных наркотиков в секс-индустрию (оказание сексуальных услуг за деньги или за наркотики), широкая распространенность среди населения практики незащищенного секса и отсутствие знаний о методах и средствах защиты.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Беларуси уже давно вышла за рамки групп рискованного поведения, таких как ПИН. И хотя передача ВИЧ-инфекции парентеральным путем при инъекционном введении наркотических веществ остается основным способом заражения (62,7% всех случаев заражения), можно проследить опасную тенденцию активизации гетеросексуального пути передачи. Так, в 2004 году количество людей, инфицированных в результате сексуального контакта, составило 49,7%, в 2005 году – 57,2%, в 2006-м – 63,4%, а в 2007 году только за три месяца эта цифра составила 59,2%.

В целом по республике процент женщин от общего числа ВИЧ-инфицированных составляет 34,0% (2725 человек). В период с 1987 года до 1 апреля 2007 года от ВИЧ-инфицированных матерей родились 975 детей, из них 106 детям был подтвержден диагноз ВИЧ-инфекция.

Данные факты свидетельствуют о развивающейся тенденции перехода инфекции из относительно замкнутой среды потребителей наркотиков в другие группы населения. В результате этого эпидемический процесс становится все более стремительным и неуправляемым.

Но движущим фактором развития эпидемии ВИЧ/СПИДа, как в Беларуси, так и в других странах постсоветского пространства, по-прежнему остается инъекционное употребление наркотиков. В связи с этим все большую актуальность приобретают вопросы оказания лечебно-профилактической помощи ВИЧ-инфицированным потребителям психоактивных веществ (ПАВ)³.

Для достижения устойчивого результата высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) необходимо длительное время принимать большое количество препаратов при непереносимом соблюдении целого ряда условий. В противном случае могут развиваться устойчивые штаммы вирусов, которые способны привести к тому, что лечение ВИЧ-инфекции окажется неэффективным, и эпидемия превратится в неуправляемый процесс.

В настоящее время развитие у потребителей наркотиков стадий ВИЧ-инфекции, требующих медикаментозного вмешательства, и появление высокоактивной антиретровирусной терапии знаменуют новый этап эпидемического процесса и ставят перед специалистами, оказывающими наркологическую помощь, новые задачи, связанные с необходимостью овладения навыками приверженности лечению.

³ По результатам исследований, проведенных ННЦ наркологии Российской Федерации, свыше 40% психиатров-наркологов сталкивались с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции у своих пациентов.

Все вышесказанное определяет необходимость комплексного подхода к оказанию наркологической помощи и включения вопросов профилактики и лечения ВИЧ-инфекции во все этапы лечебно-реабилитационного процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Распространенность ВИЧ-инфекции, гепатита С и сифилиса среди потребителей инъекционных наркотиков в России: исследование в нескольких городах

(Tim Rhodes, Lucy Platt, Svetlana Maximova, Evgeniya Koshkina, Natalia Latishevskaya, Matthew Hickman, Adrian Renton, Natalia Bobrova, Tamara McDonald, John V. Parry. — *Addiction*. Vol. 101; No. 2: P. 252–266).

Анонимное кросс-секционное исследование с забором образцов слюны на антитела к ВИЧ, вирусу гепатита С (ВГС) и анализом на сифилис было проведено среди 1473 ПИН из трех городов России: Москвы, Волгограда и Барнаула.

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией составил: в Москве — 14%, в Волгограде — 3%, в Барнауле — 9%. Показатель заболеваемости ВГС составил: в Москве — 67%, в Волгограде — 70%, в Барнауле — 54%. Половина респондентов с диагностированной в процессе проведения исследования ВИЧ-инфекцией и одна треть с диагностированным вирусом гепатита С не знали о том, что они инфицированы. Наиболее распространенными факторами риска, связанными с заражением ВИЧ и ВГС, были прямой и непрямой обмен инъекционным инструментарием и инъекционное употребление опиатов домашнего приготовления. При изучении факторов риска в окружающей среде исследователи обнаружили, что в Москве дополнительный повышенный риск наличия антител к ВИЧ ассоциирован с пребыванием в местах лишения свободы. Менее выраженная ассоциация наблюдалась между наличием антител к ВИЧ и ВГС и официальной регистрацией в наркологической службе. Во всех трех городах не были выявлены связи между рискованным сексуальным поведением и наличием антител к ВИЧ.

«Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в этих городах была заметно выше, чем предполагают обычные эпидемиологические данные, и в смысле профилактики показатели находились на потенциально критическом уровне. Показатели заболеваемости ВГС оказались высокими во всех трех городах. Распространенность сифилиса указывает на наличие потенциала для полового пути передачи ВИЧ-инфекции. Несмотря на широкий охват программ тестирования, уровень знаний о позитивном статусе был низким. Все это доказывает, что срочным приоритетом для России должно стать расширение программ снижения вреда для ПИН, включая интервенции, направленные на снижение сексуального риска».

2. Потребители наркотиков как целевая группа программ профилактики ВИЧ-инфекции

2.1. Основные пути передачи ВИЧ-инфекции в связи с употреблением наркотиков

Парентеральный путь:

- использование нестерильного инструментария (в частности, многократное использование одноразового инструментария);
- совместное использование игл и шприцев при парентеральном употреблении наркотиков;
- использование общего раствора при употреблении кустарно изготовленных наркотиков;
- приобретение готового раствора в шприце.

Необходимо подчеркнуть, что риск заражения ВИЧ-инфекцией парентеральным путем не исключен в случае эпизодического и даже однократного употребления наркотиков. При этом чаще всего происходит заражение «неопытных», случайных лиц, преимущественно молодого возраста и подростков, которым свойственно поисковое наркотическое поведение. Из-за отсутствия навыков они редко соблюдают стерильность инструментария и безопасность процедуры инъекционного употребления ПАВ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При комнатной температуре в остатках крови в шприце ВИЧ сохраняет жизнеспособность и инфекционность до четырех недель (Abdala N., Stephens P.C., Griffith B.P., Heimer R. Survival of HIV-1 in syringes. Journal of AIDS and Human Retrovirology. 1999; 20(1):73-80).

Половой путь (рискованное сексуальное поведение):

- растормаживание полового влечения;
- снижение критики при выборе сексуального партнера;
- игнорирование средств предохранения;
- вступление в сексуальные контакты с лицами, употребляющими ПАВ;
- вступление в сексуальные контакты с лицами, не употребляющими ПАВ;
- промискуитет;
- проституция, как средство заработка на очередную дозу наркотика.

Вертикальный путь (от ВИЧ-инфицированной матери ребенку):

- внутриутробное вынашивание,
- роды,
- грудное вскармливание.

Женщины, употребляющие ПАВ, в силу многообразных биологических, социальных и поведенческих факторов являются группой повышенного риска заражения и передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП.

2.2. Основные целевые группы профилактики ВИЧ-инфекции в связи с инъекционным употреблением наркотиков

К основным целевым группам относятся:

- пациенты наркологических **стационаров**;
- пациенты наркологических **диспансеров**;
- **малодоступные потребители ПАВ** — нуждаются в наркологической помощи, но в силу объективных причин (особенности местожительства, удаленность, неудобное время работы медицинских учреждений, боязнь разглашения тайны диагноза, желание избежать правовых, социальных и прочих последствий и т.д.) не могут самостоятельно обратиться в лечебные учреждения;
- **закрытые потребители ПАВ** — не считают себя нуждающимися в наркологической помощи и не имеют потребности самостоятельно обращаться за ней; не информированы о возможностях прохождения наркологического лечения, разочарованы в нем и т.д.

Подобное разделение пациентов позволяет лучше планировать комплекс мероприятий для профилактического воздействия, повышать их адресность и эффективность.

2.3. Особенности ПИН как целевой группы профилактики ВИЧ-инфекции

Потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) могут быть представители самых разных социальных и культурных слоев населения. Как и любое сообщество, ПИН можно описать посредством некоторых специфических особенностей.

К специфическим особенностям сообщества потребителей наркотиков относятся: высокий уровень распространенности коморбидной инфекционной соматической патологии, высокая частота встречаемости сопутствующей психической патологии, психосоциальная нестабильность и периоды измененного состояния сознания.

Высокая распространенность психической и коморбидной инфекционной и соматической патологии существенно осложняет процесс оказания наркологической помощи и требует от специалистов большой эрудиции и широкого клинического мышления. Не менее важно для них уметь определять возможные лекарственные взаимодействия. Коинфекции ВИЧ и вирусных гепатитов часто приводит к необходимости начала терапии хронического гепатита до или одновременно с назначением ВААРТ.

Крайне актуальна в отношении ПИН проблема туберкулеза – оппортунистического заболевания, сопутствующего ВИЧ-инфекции.

Периоды измененного состояния сознания, обусловленные действием наркотического вещества, снижают критическую оценку действительности и повышают вероятность опасных сексуальных практик и рискованных способов употребления ПАВ.

Психосоциальная нестабильность – в большинстве случаев определяется вынужденной необходимостью в ежедневном «добывании» наркотика или «запойным» характером наркотизации (так называемые марафоны). Нестабильность психоэмоционального состояния зачастую приводит к снижению трудоспособности, распаду семьи и т.п., следствием чего является социальная дезадаптация.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Крупномасштабное исследование в США (1990), проведенное Национальным институтом психического здоровья, показало, что у 72% людей с диагнозом наркомания встречается по крайней мере одно сопутствующее психическое расстройство (Reiger D.A., Farmer M.E., Rae D.S., et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Ares (ECA) Study. 'JAMA', 264:2511-2518, 1990).

Вышеперечисленные специфические особенности, наряду с высокой частотой сопутствующей психической патологии, существенно осложняют лечебно-профилактическую работу с данными пациентами и, что особенно важно на современном этапе, могут существенно снизить уровень их приверженности ВААРТ.

2.4. Роль социальных факторов в контексте профилактики ВИЧ-инфекции у потребителей наркотиков

Характер поведения потребителей инъекционных наркотиков формирует представление о них в обществе и является причиной дискриминационного отношения, что, в свою очередь, приводит к стремлению ПИН всячески ограничить свои контакты с социумом.

Дискриминация – наиболее распространенный ответ общества на «социальную неприемлемость» людей, употребляющих наркотики. Зачастую ПИН оказываются отвергнутыми даже ближайшим окружением (включая семью, друзей, коллег по работе).

Проблемы с законом – как правило, все потребители инъекционных наркотиков испытывают страх перед законом, так как обусловленная употреблением наркотиков активность имеет криминальный характер и преследуется в административном и уголовном порядке. Но в то же время связанная с арестом даже краткосрочная задержка в приеме АРВ-препаратов (на 1–2

дня) резко повышает риск формирования у ВИЧ-положительного ПИН резистентных штаммов вируса, а в тюрьме значительно возрастают вероятность участия в рискованных практиках употребления инъекционных наркотиков и риск заражения туберкулезом и другими инфекциями.

Страх и нежелание обращаться за медицинской помощью – обращение потребителей наркотиков в ЛПУ наркологического профиля определяется многообразными условиями и факторами, среди которых немаловажная роль принадлежит степени сформировавшейся у них зависимости от наркотиков и специфическим особенностям данной патологии.

Низкая обращаемость к медицинским специалистам связана со спецификой нестабильного и нередко криминализованного образа жизни пациентов, а также со страхом перед негативным отношением к ним со стороны медицинского персонала. Проявлениями дискриминации могут быть отказ в лечении из-за проблем наркологического характера, оценочные высказывания, порицания и т.п. В результате потребители наркотиков оказываются оторванными от необходимой информации и, в силу перечисленных причин, лишены необходимой социальной и медицинской помощи. Все это неизбежно приводит к снижению их социального статуса, к утяжелению психического и физического состояния, способствует развитию многочисленных осложнений, включая вирусные парентеральные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию, туберкулез и др.

Боязнь двойной стигматизации делает еще более проблематичным обращение ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков в государственные учреждения. Помочь преодолеть такие барьеры могут **равные консультанты** или **сотрудники программ снижения вреда**.

Еще одной распространенной причиной, затрудняющей для ВИЧ-положительных ПИН доступ к лечению, является **отсутствие у них необходимых документов**: паспорта и медицинского полиса. Особенно это касается ПИН, недавно освободившихся из мест лишения свободы, не имеющих постоянного места жительства или регистрации по месту жительства. Таким пациентам для начала необходима помощь социальных работников в восстановлении документов, а при отсутствии регистрации – в получении направления на лечение из местных органов здравоохранения.

Особенности поведения ПИН довольно часто являются их поведенческим ответом на недружественное отношение со стороны окружающих и могут быть в достаточной мере скомпенсированы в ходе планомерной и последовательной психокоррекционной работы. Деятельность медицинского персонала, построенная на доверительных отношениях с пациентами, является необходимой составляющей и залогом успешности лечебных и профилактических мероприятий.

3. Принципы организации профилактических мероприятий для потребителей инъекционных наркотиков

Употребление ПАВ и связанные с ним осложнения инфекционного характера представляют собой сложную медико-социальную проблему, поэ-

тому их эффективная профилактика невозможна без комплексного подхода и участия различных государственных и общественных институтов.

Принципы организации профилактических мероприятий для потребителей инъекционных наркотиков:

- **ориентация** на существующие потребности целевой группы,
- **комплексность** проводимых мероприятий,
- **последовательность и непрерывность** проводимой профилактической работы.

Ориентация проводимых профилактических мероприятий на первоочередные потребности конкретного представителя целевой группы.

Личные трудности и проблемы, возникающие у потребителя инъекционных наркотиков, способны оказывать существенное влияние на эффективность всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Анализ проблем и трудностей, связанных с употреблением наркотиков, позволяет составить индивидуальный план профилактической работы и социально-психологической реабилитации. При этом особое внимание следует уделять предыдущему опыту изменения рискованного поведения, наличию у пациента стимулов к подобным изменениям, степени его социальной адаптированности, наличию неблагоприятного окружения, поддержки со стороны семьи и др.

Комплексный подход к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции у ПИН

Комплексный подход призван обеспечивать потребителям наркотиков доступ к различным специализированным медицинским, социальным, правовым, образовательным и прочим услугам. Услуги могут оказываться в государственных учреждениях, некоммерческих и общественных организациях. Наиболее полно комплексный подход реализуется **мультидисциплинарными командами**, в которых специалисты различного профиля (наркологи, инфекционисты, терапевты, психологи, социальные работники, равные консультанты и др.) оценивают потребности пациента в лечебно-профилактических мероприятиях и на их основе разрабатывают план предоставления. Среди задач, стоящих перед мультидисциплинарными командами, особое внимание следует обратить на формирование у пациентов **приверженности лечению наркотической зависимости и ВИЧ-инфекции**.

Для повышения результативности комплексного подхода к деятельности мультидисциплинарных команд целесообразно привлекать представителей различных сообществ, действующих по принципу «равный равному» (участников программ «12 шагов», групп взаимопомощи, людей, живущих с ВИЧ, – ЛЖВ). Представителей этих сообществ, прошедших специальное обучение и проводящих информационную работу с ПИН, называют **равными консультантами**. Комплексный подход подразумевает коммуникацию не только на уровне специалистов, но и между различными организациями и учреждениями. Достижение разумного баланса

усилий всех партнеров является одной из важнейших задач построения эффективной модели профилактической работы.

Последовательность и непрерывность в проведении лечебно-профилактических мероприятий являются неременным условием их эффективности. Одноразовые акции доказали свою малую эффективность. Профилактическая работа, направленная на изменение рискованного поведения конкретного потребителя наркотиков, должна осуществляться по принципу «от простого к сложному» и предоставляться на том уровне и в том объеме, который он готов принять в существующих условиях. Не следует устанавливать слишком высокую планку требований. Любые рекомендации должны быть легко реализуемы. Отказ от наркотиков, бесспорно, является главной, но не всегда достижимой целью.

В подходах к профилактике рисков от инъекционного употребления наркотиков сформировалась своего рода «иерархия», которую успешно используют в своей работе проекты снижения вреда. Она включает все ступени профилактики – от первичной, ориентированной на неупотребление наркотиков, до третичной, направленной на минимизацию последствий их употребления.

1. Не начинайте употреблять наркотики.
2. Если вы начали употреблять наркотики, постарайтесь прекратить их прием.
3. Если вы не можете бросить употребление наркотических веществ, не употребляйте их инъекционно.
4. Если вы вынуждены делать инъекции, используйте только стерильное инъекционное оборудование (шприцы, «фурики», ложки и т.п.).
5. Если нет стерильного шприца, используйте только свой и ни в коем случае не предлагайте его другому человеку.
6. Если вы вынуждены делать инъекцию чужим шприцем, предварительно продезинфицируйте его.

В ходе последовательной профилактической работы клиентов программы снижения вреда постепенно переводят с одного уровня иерархии риска на другой.

Большое значение для повышения эффективности программ профилактики имеет фактор их преемственности. К примеру, если профилактическая работа была начата в наркологическом стационаре, то она должна быть продолжена во внебольничных условиях силами того же или иного наркологического диспансера, сотрудников социальных служб или НПО.

4. Профилактика ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)

В настоящее время основная роль в профилактике ВИЧ-инфекции принадлежит мерам неспецифической профилактики. Это связано с тем,

что эффективных средств специфической профилактики — вакцин и сывороток — пока не существует.

К мерам неспецифической профилактики относятся:

- информирование,
- формирование навыков более безопасного поведения,
- предоставление необходимых средств защиты.

В зависимости от специфики целевой группы может меняться удельный вес или соотношение компонентов, но, как правило, они присутствуют во всех программах, и только их сочетание способно обеспечить необходимый профилактический эффект.

4.1. Виды профилактической работы в зависимости от целевой группы

Профилактика ВИЧ-инфекции у потребителей наркотиков и среди их ближайшего окружения, в зависимости от решаемых задач, может быть первичной, вторичной и третичной.

- **Первичная профилактика** ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ направлена на изменение их рискованного поведения с целью предотвращения инфицирования. Целевыми группами профилактики являются не столько сами потребители наркотиков, сколько их сексуальные партнеры, а также молодежь в целом, как группа повышенного «наркотического» и сексуального риска. **Основные инструменты первичной профилактики** — предоставление достоверной информации со стороны медицинского персонала ЛПУ наркологического профиля, СМИ, а также в процессе до- и послетестового консультирования.
- **Вторичная профилактика** направлена на изменение рискованного поведения потребителей ПАВ. Ее цель — предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от уже инфицированных потребителей наркотиков к другим потребителям наркотиков, их сексуальным партнерам и детям, рожденным от ВИЧ-положительных матерей, употребляющих ПАВ. **Основные инструменты вторичной профилактики** — предоставление достоверной информации со стороны медицинского персонала ЛПУ наркологического профиля, инфекционных отделений и сотрудников программ снижения вреда; консультирование; лечение наркотической зависимости; обучение более безопасному поведению (формирование навыков); предоставление профилактических средств защиты; профилактический курс антиретровирусной терапии в период беременности для женщин, употребляющих наркотики.
- **Третичная профилактика** направлена на предотвращение у ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков повторного инфицирования другими штаммами вируса, а также на предупреждение развития вторичных заболеваний и перехода ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа. **Основные инструменты** — предоставление достоверной информации; обучение безопасному поведению; обеспечение профилактическими средствами; лечение наркотической зависимости и сопутствующих заболеваний;

своевременное предоставление антиретровирусной терапии; обеспечение приверженности; профилактика развития резистентности ВИЧ к проводимой АРВ-терапии.

Психиатру-наркологу чаще всего приходится иметь дело с проведением мероприятий вторичной и третичной профилактики.

4.2. Профилактические мероприятия на разных этапах оказания наркологической помощи

Носители ВИЧ-инфекции не всегда знают о своем диагнозе, а лабораторные исследования не всегда выявляют наличие антител к возбудителю этого заболевания. В связи с этим основополагающим для работы медицинского персонала наркологических учреждений (подразделений) следует признать принцип универсальности мер профилактики. Этот принцип подразумевает рассмотрение каждого клиента в качестве потенциального источника инфекции и требует соответствующего обращения с ним и его биологическими жидкостями, вне зависимости от наличия диагноза.

Несмотря на некоторые организационные различия, существует ряд общих профилактических мероприятий, которые необходимо осуществлять на всех этапах оказания наркологической помощи потребителям инъекционных наркотиков.

К таким мероприятиям относятся:

- информирование о методах защиты и укрепления здоровья;
- проведение до- и послетестового консультирования;
- мотивирование на изменение рискованного поведения (уменьшение общего уровня наркотизации, уменьшение количества возможных инъекций);
- предоставление доступа к профилактическим средствам;
- стабилизация психоэмоционального состояния потребителя ПАВ;
- обеспечение доступности медицинской и социальной помощи, включая доступ к АРВ-терапии и обеспечение приверженности проводимому лечению;
- привлечение ближайшего социального окружения;
- систематическое обучение медицинского персонала правилам работы в условиях повышенного профессионального риска;
- лечение наркотической зависимости.

4.3. Лечение наркотической зависимости – важнейший компонент программ профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН

Употребление наркотиков, особенно инъекционным путем, активизирует три основных пути передачи ВИЧ-инфекции: через кровь, половой и вертикальный. Именно поэтому лечение зависимости является одним

из ведущих факторов предупреждения распространения эпидемии ВИЧ-инфекции.

Эффективное лечение наркотической зависимости позволяет стабилизировать психическое состояние пациентов, снизить общее количество употребляемых ими наркотиков, уменьшить количество инъекций, снизить уровень криминальной активности и связанный с этим риск тюремного заключения, а также способствует ресоциализации и повышению качества их жизни.

Анализ эффективности лечения наркозависимости для профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, базирующийся более чем на 100 научных исследованиях, доказал, что **все способы лечения наркотической зависимости** в той или иной мере способны снижать риск распространения ВИЧ-инфекции (Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования путем лечения наркотической зависимости/Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков. — Всемирная организация здравоохранения, 2004).

- Место поддерживающей (стабилизирующей) терапии во вторичной и третичной профилактике ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ;

В процессе оказания наркологической помощи ВИЧ-инфицированным потребителям ПАВ в ряде случаев могут возникнуть препятствия к применению абстинентной модели лечения, основанной на полном отказе от наркотиков, например:

- лечение, направленное на отказ от наркотиков, оказалось недостаточно эффективным;

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В «Национальном исследовании результатов лечения» (National Treatment Outcome Research Study, USA), проведенном среди 242 пациентов, страдающих от опиоидной зависимости, на третий месяц после лечения было обнаружено, что 34% вернулись к употреблению героина в течение трех дней, 45% — в течение семи дней, 50% — в течение 14 дней, 60% — в течение 90 дней

(Gossop M., Stewart D., Browne N., Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction* 2002;97:1259–67).

- потребители ПАВ не могут или не хотят самостоятельно и добровольно обратиться за помощью в наркологическую службу;

Достаточно большой процент ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ, нуждающихся в лечении ВИЧ-инфекции, по тем или иным причинам не прибегают к наркологической помощи. В отсутствие адекватной наркологической помощи данная категория лиц может окончательно исчезнуть из поля зрения медицинской службы.

- при внеплановой госпитализации ВИЧ-инфицированные ПИН в состоянии абстиненции оказываются в других соматических отделениях (инфекционном, терапевтическом, хирургическом и т.д.);

Развивающаяся абстинентная симптоматика может оказывать влияние на течение соматического (инфекционного и пр.) заболевания и осложнять процесс ведения такого больного, что приводит к возможным с его стороны нарушениям режима работы отделения, обусловленным поиском наркотика.

- у ВИЧ-инфицированных женщин-ПИН применение стандартных схем купирования развивающейся абстинентной симптоматики во время беременности и в родах повышает риск невынашивания беременности, выкидыша, токсического влияния применяемых медикаментов на плод и осложнений в родах;

Поддерживающая терапия у беременных с зависимостью от опиатов в случае сохранения беременности является методом выбора, так как при проведении детоксикации существует крайне высокий риск спонтанного аборта или преждевременных родов (Finnegan L., 1994).

- крайне ослабленные и истощенные пациенты с ВИЧ-инфекцией и с другой коморбидной инфекционной и соматической патологией при оказании наркологической помощи нуждаются в сокращении или отмене психотропных и прочих препаратов;
- у некоторых ВИЧ-инфицированных ПИН в случае полного отказа от наркотиков может развиваться или обостриться сопутствующая латентная психопатологическая и депрессивная симптоматика.

Международный опыт свидетельствует, что избежать нежелательных осложнений от предоставления ВИЧ-инфицированным ПИН стандартного наркологического лечения часто позволяют программы так называемой поддерживающей или заместительной терапии (ЗТ). Суть их заключается в назначении длительных курсов агонистов или агонистов-антагонистов опиоидных рецепторов в стабилизирующих дозах под строгим медицинским контролем.

В мировой практике поддерживающей терапии отводится особая роль в профилактике ВИЧ-инфекции. Большинство препаратов, рекомендуемых для проведения поддерживающей терапии, применяется перорально, и это позволяет существенно снизить риск заражения ВИЧ-инфекцией инъекционным путем.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В США были проведены два когортных исследования. Для первого исследования в Филадельфии были выбраны 255 потребителей героина. Среди них были как не получающие метадон, так и находящиеся на лечении. Спустя три года уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди клиентов, не получавших метадон, почти удвоился (с 21 до 39%), а среди находящихся на метадоновом лечении это количество возросло лишь с 13 до 18%. При этом увеличение на 5% произошло за счет тех клиентов, которые покинули лечение. Опрос среди ПИН спустя 18 месяцев на тему совместно используемых шприцев показал, что участники метадоновой программы реже обменивались инструментарием за последние шесть месяцев (34%), чем те, кто в ней не участвовал (70%).

(Ball J. C., Lange W. R., Myers C. P., & Friedman S. R. (1998) Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 214–226).

К препаратам, применяемым за рубежом в виде заместительной терапии и рекомендованным к применению ВОЗ, относятся: метадон, бупренорфин и пр. На сегодняшний день в странах постсоветского пространства отношение к заместительной терапии весьма неоднозначно. К примеру, в России часть из этих препаратов (например, метадон) включены в перечень запрещенных к применению (Список 1 Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации). Еще одним важным ограничением применения поддерживающей терапии в России является закон, запрещающий применение препаратов 2-го списка (например, бупренорфина) для лечения наркотической зависимости.

Появление в последние годы высокоактивной антиретровирусной терапии сделало поддерживающую терапию одним из важных компонентов лечения ВИЧ-инфекции у ПИН, но из-за сложностей с соблюдением режима, связанного с употреблением нелегальных наркотиков, они не могут им воспользоваться. Поддерживающая терапия дает ПИН возможность эффективно проходить курс ВААРТ и тем самым способствует не только уменьшению риска распространения ВИЧ-инфекции, но и повышению качества и продолжительности их жизни.

Высокая социальная значимость и актуальность проблемы ВИЧ-инфекции требует оценки всех существующих возможностей и подходов к профилактике и лечению наркотической зависимости и сопутствующих инфекций. Возможно, внедрение программ поддерживающей терапии позволило бы создать дополнительную мотивацию у представителей закрытых групп ПИН на обращение за специализированной помощью.

4.4. Некоторые особенности профилактики ВИЧ-инфекции в условиях наркологического стационара

В настоящее время в отечественной наркологии принят подход, направленный на полный одномоментный отказ от ПАВ. В случае наркотической зависимости с выраженными проявлениями абстинентного

синдрома лечение обычно начинается с госпитализации пациента в специализированный стационар с целью купирования наркотической абстиненции.

К особенностям организации профилактических мероприятий в условиях стационара следует отнести следующие:

Лечебно-охранительный режим и изоляцию от внешних воздействий — позволяет сконцентрировать внимание пациентов на проводимых реабилитационных и профилактических мероприятиях и существенно повышает их эффективность.

Полное исключение активного употребления наркотиков и других ПАВ внутри отделения — предполагает комплекс мероприятий, полностью исключающих занесение наркотиков в отделение и употребление их внутри отделения (крайне важная составляющая передозировок и профилактики распространения внутрибольничных инфекций).

Интенсификация лечебно-профилактических мероприятий и проведение широкого спектра дополнительных медицинских услуг в одном и том же месте. Максимально возможное расширение доступа ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ к медицинским услугам является одним из важнейших принципов реализации профилактических программ. Комплексность предоставляемых услуг и их высокая концентрация в одном месте позволяют повысить их качество и разносторонность. Пациент, помимо врача-нарколога, может быть осмотрен врачом-инфекционистом, терапевтом, невропатологом, гинекологом, медицинским психологом и др.

Одномоментное нахождение в отделении лиц, находящихся на разных этапах становления ремиссии. Спецификой работы наркологического отделения является одномоментное нахождение в отделении лиц, находящихся на разных стадиях ремиссии: от острого абстинентного состояния до устойчивой стабилизации и готовности к выписке. Это привносит ряд особенностей в организацию лечебно-профилактической работы. Учитывая, что у людей в состоянии абстиненции ограничена способность адекватного восприятия информации, рекомендуется после прекращения острых проявлений синдрома отмены включать их в консультативную группу. Работу по профилактике ВИЧ-инфекции с пациентами наркологического профиля целесообразнее всего начинать после купирования абстинентного синдрома, на фоне снижения доз психофармакотерапии.

В процессе оказания стационарной наркологической помощи психиатр-нарколог должен использовать все возможности и любой контакт с пациентом для целенаправленной работы по профилактике инфекционных осложнений — в первую очередь ВИЧ-инфекции и вирусных парентеральных гепатитов В и С. Залогом эффективности такого взаимодействия могут служить доверительные отношения, складывающиеся в подавляю-

шем большинстве случаев между психиатром-наркологом и пациентом с зависимостью от ПАВ.

В данной связи следует еще раз напомнить о роли **консультирования** до и после теста на ВИЧ, которое позволяет врачу наиболее полно реализовать задачи профилактики парентеральных инфекций.

Свободная от наркотиков атмосфера специализированного наркологического стационара требует **крайней осторожности** при проведении консультирования. Следует избегать тем «безопасного» употребления наркотиков, передозировки и других, так или иначе связанных с вопросами активного употребления. У некоторых пациентов они могут повлечь за собой актуализацию влечения к наркотикам и привести к дезорганизации работы отделения.

4.5. Оказание наркологической помощи ВИЧ-инфицированным ПИН в условиях инфекционного стационара

В случае предоставления антиретровирусной терапии потребителю инъекционных наркотиков в **условиях инфекционного стационара** врачи могут столкнуться с проблемами, связанными с нестабильным психическим статусом пациента, коморбидной психической патологией, риском развития абстинентных расстройств и другими тяжелыми клиническими проявлениями зависимости от ПАВ. Все это может спровоцировать вынужденное прекращение лечения ВИЧ-инфекции, преждевременную выписку пациента из стационара и в результате привести к росту осложнений, обусловленных прогрессированием ВИЧ-инфекции (включая повышение риска развития резистентности к АРВ-препаратам). Для обеспечения непрерывности лечения ВИЧ-инфекции в таких случаях необходимо оказание специализированной наркологической помощи с возможным применением заместительной терапии при соблюдении режима полной изоляции от нелегальных наркотиков.

Одним из возможных путей решения подобных ситуаций является расширение для ВИЧ-положительных людей с зависимостью от ПАВ доступа к лечению ВИЧ-инфекции и других сопутствующих заболеваний в лечебно-профилактических учреждениях наркологического профиля.

Очевидно, что данное решение потребует некоторых организационных изменений и дополнительной подготовки медицинского персонала инфекционных и наркологических отделений.

4.6. Профилактика ВИЧ-инфекции во внебольничных условиях

Цели и задачи психиатра-нарколога, работающего в условиях наркологического диспансера (кабинета), в целом такие же, как и у врача стационарной помощи. Но, в отличие от врача наркологического стационара, для специалиста диспансера более приоритетными являются удержание пациента в амбулаторной лечебной программе и взаимодействие с парт-

нерскими организациями (другими медицинскими службами, правоохранительными органами, общественными организациями и т.п.).

Помимо этого, важной задачей амбулаторной наркологической службы является обеспечение на данной территории максимально полного охвата популяции потребителей ПАВ. И в этой связи на первый план выходит необходимость организации профилактической работы в закрытых и малодоступных группах потребителей наркотиков.

4.7. Профилактика ВИЧ-инфекции в малодоступных и закрытых группах ПИН

При организации профилактической работы с **малодоступными популяциями** необходимо максимально возможное приближение и адаптация наркологического сервиса к потребностям ее представителей (удобные часы работы, открытие наркологических кабинетов на производстве, расширение оказания анонимных услуг, работа мобильных профилактических пунктов и др.).

Задача профилактического вмешательства в **закрытых** группах ПИН состоит в том, чтобы определить оптимальные пути получения доступа к этим группам и максимально возможно приблизить к их нуждам весь комплекс мероприятий.

Решение данной задачи стало возможным благодаря стратегии снижения вреда (СВ), направленной на профилактику негативных медицинских, социальных, экономических и правовых последствий в **закрытых группах** потребителей инъекционных наркотиков. Эта стратегия широко используется в программах снижения вреда, которые составляют важный компонент в организации вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, продолжающих употреблять психоактивные вещества инъекционным путем.

Организация профилактической работы в малодоступных и закрытых группах ПИН

Основной профилактической задачей программ СВ является снижение распространенности в закрытых группах ПИН различных форм рискованного наркотического и сексуального поведения.

Одним из организационных компонентов деятельности проектов СВ является процедура **обмена шприцев**, т.е. обмен использованного ПИН инъекционного инструментария на новый/стерильный. Принципиальное отличие обмена шприцев от бесплатной их раздачи состоит в том, что при обмене из оборота изымается потенциально инфицированный инъекционный инструментарий, что способствует снижению риска распространения парентеральных инфекций.

Более того, именно программы обмена шприцев дают возможность «приблизиться» к недоступной, в обычных условиях закрытой популяции ПИН — группы наиболее высокого инъекционного и сексуального риска

передачи ВИЧ-инфекции – для проведения целенаправленной лечебно-профилактической работы. Благодаря программам обмена шприцев многие ПИН получили не только доступ к профилактической информации и средствам защиты, но и реальный шанс задуматься о своем здоровье и обратиться к медицинским услугам, включая наркологическую помощь.

Существуют стационарные и передвижные (мобильные) пункты обмена шприцев (ПОШ).

Стационарные ПОШ – специально отведенные помещения, куда потребители инъекционных наркотиков приходят для того, чтобы обменять инъекционный инструментарий, получить необходимую информацию, проконсультироваться со специалистами. Стационарные ПОШ предоставляют также услуги консультирования, медицинскую помощь, возможность тестирования на ВИЧ-инфекцию, гепатиты и т.д. Посещение стационарного пункта для потребителя ПАВ может стать первым шагом на пути включения в широкий спектр лечебно-профилактических мероприятий.

Передвижные ПОШ – обычно используют микроавтобусы, в которых производится обмен шприцев и предоставляются услуги консультирования и первичной медицинской помощи. Преимуществами передвижных ПОШ являются мобильность и максимальная приближенность к малодоступным и закрытым группам ПИН.

К основным формам организации работы с закрытыми целевыми группами также следует отнести **аутрич-работу**, направленную на установление контакта с ПИН в привычных для них условиях: на улице, дома, в клубах или в других местах (Европейский центр по мониторингу наркотиков и наркозависимости/ EMCDDA, 1999).

Задачи аутрич-работы:

- получение достоверной информации по поводу ситуации на наркосцене и потребностей ПИН;
- установление контактов и доверительных отношений с ПИН, не охваченных другими службами;
- информирование ПИН о мерах профилактики ВИЧ-инфекции, гепатитов и др. заболеваний;
- обеспечение доступа и предоставление ПИН средств защиты (презервативы, обмен шприцев);
- обеспечение доступа ПИН к медицинским услугам и направление их к медицинским специалистам;
- предоставление помощи ПИН в критических ситуациях (например, при передозировке наркотиками).

К профессиональным навыкам аутрич-работников предъявляются особые требования. Одним из главных навыков является способность устанавливать контакт с представителями целевой группы и поддержи-

вать с ними равные доверительные отношения. Именно поэтому к этой работе, как правило, привлекаются люди, ранее имевшие отношение или соприкасавшиеся с проблемой употребления ПАВ и прошедшие специальную подготовку: бывшие потребители наркотиков, родственники потребителей наркотиков и др.

Различные формы работы с закрытыми группами потребителей инъекционных наркотиков могут также осуществляться специально подготовленным **персоналом наркологических учреждений** (медицинские специалисты среднего звена, психологи, социальные работники) в контакте с **сотрудниками проектов СВ, действующих на базе других ЛПУ и/или неправительственных организаций (НПО).**

5. Консультирование ПИН – универсальный инструмент профилактической работы

5.1. Консультирование потребителей инъекционных наркотиков по профилактике ВИЧ-инфекции

Медицинская помощь потребителям наркотиков оказывается в основном специализированными наркологическими учреждениями, в которых проводится тестирование на ВИЧ-инфекцию. Согласно рекомендациям экспертов международных организаций (в том числе экспертов ВОЗ) тест на ВИЧ-инфекцию должен обязательно сопровождаться до- и послетестовым консультированием.

Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции – это доверительное, честное общение между консультантом и пациентом, основанное на принципах профессиональной этики.

Основными целями консультирования являются:

- предупреждение заражения и распространения ВИЧ-инфекции;
- оказание психологической поддержки пациентам, имеющим высокий риск инфицирования или уже инфицированным.

В ходе консультирования уточняются возможные риски ВИЧ-инфицирования пациента, разъясняется целесообразность тестирования на ВИЧ-инфекцию, обсуждаются полученные результаты (как положительный, так и отрицательный), определяется необходимость повторного тестирования.

Консультант должен довести до сознания пациента тот факт, что особенности его поведения являются источником повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами В и С и венерическими заболеваниями.

В процессе беседы следует определить уровень информированности пациента о ВИЧ-инфекции, степень рискованности его поведения и, исходя из этого, дать подробные разъяснения по мерам безопасности.

Следует помнить, что отказ от употребления ПАВ желателен, но он не является целью консультирования. Беседа может повлиять на отношение клиента к приему ПАВ и спровоцировать его на отказ от их приема. Но если клиент считает это невозможным для себя, следует постараться его убедить в необходимости хотя бы изменить рискованное поведение и перейти от крайне рискованных способов употребления наркотиков к менее опасным.

Консультирование могут проводить врачи, психологи, медицинские сестры и социальные работники. Можно привлекать специалистов по санитарному просвещению, религиозных и общественных деятелей, активистов групп само- и взаимопомощи.

Принципы консультирования

В своей работе консультант должен руководствоваться следующими принципами:

- **Доверительность**

Одним из неперенных и необходимых условий успешного консультирования является установление в самом начале беседы доверительных отношений между консультантом и пациентом.

В общении между консультантом и пациентом не должно быть фальши. Консультант должен допускать, что определенные жизненные обстоятельства могли привести пациента к приему наркотиков. Даже если поведение пациента вызывает у него однозначный протест, консультанту следует всячески избегать осуждения и прямой конфронтации. Понимая и принимая точку зрения своего собеседника, консультант создает основу для дальнейшего успешного сотрудничества.

- **Конфиденциальность**

Неперенным условием успешного консультирования является конфиденциальность. Пациент должен быть уверен, что сообщаемые им факты не будут использованы против него и останутся его личным секретом.

Следует различать конфиденциальность и анонимность. Анонимность предполагает, что пациент не предоставляет личной информации (например, он может назвать себя любым именем). Конфиденциальность предполагает ответственность консультанта за неразглашение полученной от клиента информации или гарантию того, что она не будет использована ему во вред.

- **Компетентность**

Знания врача в области ВИЧ-инфекции могут послужить основой для построения доверительных отношений с пациентами, подвергающимися нередко стигматизации и отторжению со стороны ближайшего окружения и медицинских работников.

Консультант-нарколог должен знать о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции, иметь представление о видах рискованного поведения, свойственного потребителям ПАВ, уметь оценить степень риска пациента в отношении ВИЧ-инфекции и предоставить конкретные рекомендации по предупреждению заражения.

Консультант может не знать всех нюансов рискованного поведения потребителей ПАВ. В подобной ситуации ему не следует стесняться — и просто выяснить необходимые подробности у пациента.

- **Безоценочность суждений и психологическая поддержка**

Выясняя причины и обстоятельства рискованного поведения, следует конструктивно обсуждать его последствия, а не выносить оценочных суждений в категорической форме. Люди, злоупотребляющие наркотическими средствами, зачастую страдают низкой самооценкой и подвержены депрессивным состояниям. Внешне вызывающее поведение часто скрывает неуверенность в себе. Во время консультирования таких клиентов необходимо в первую очередь оказать им психологическую поддержку и лишь затем попытаться убедить в возможности изменения поведения. Отношение консультанта должно быть безоценочным и конструктивным и не развивать у пациента чувство вины.

- **Ориентация пациента на самостоятельное решение**

В большинстве случаев пациент ждет от консультанта готовых советов и точных рекомендаций. Однако прежде чем их предоставлять, консультант должен убедиться, что пациент действительно решил изменить свое поведение и готов что-то для этого сделать. Зачастую потребители наркотических средств склонны объяснять свои поступки внешними обстоятельствами. Их поведение легко меняется под воздействием ситуации, а не в силу внутренних установок и убеждений. Задача врача — помочь пациенту осознать, что не внешние обстоятельства, а он сам управляет своими поступками.

Этапы консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции

Наиболее приемлемой и эффективной формой консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции является индивидуальная беседа, проводимая в два этапа: перед тестированием на ВИЧ-инфекцию и после получения результата теста.

Дотестовое консультирование включает:

- сообщение достоверной информации о ВИЧ-инфекции (пути передачи, формы рискованного поведения, меры безопасности);
- выявление факторов риска (тип и доза употребляемого ПАВ, способы и ритуалы его употребления, частота и типы сексуальных отношений, половые отношения с лицами из групп повышенного риска, количество и постоянство половых партнеров, использование презервативов при сексуальных отношениях и т.д.);

- прогноз риска ВИЧ-инфицирования;
- информирование о возможных результатах исследования, их значении и необходимости повторного тестирования через определенное время;
- ориентирование пациента на изменение рискованного поведения (отказ от рискованных форм сексуальной практики, отказ от употребления ПАВ, в случае невозможности – менее опасные формы употребления ПАВ).

Идея обсуждения с пациентом методов стерилизации инъекционного оборудования и правил его использования может встретить крайне негативное отношение со стороны врача-нарколога. Ведь конечной целью наркологической помощи является полный отказ больного от приема ПАВ. Но, к сожалению, в реальной практике после лечебного курса чаще происходит более или менее продолжительная ремиссия с последующим возобновлением употребления. В этой связи представляется разумным поговорить с пациентом и на эту тему.

Чтобы снять противоречие между необходимостью ориентировать пациента на полный отказ от употребления ПАВ и обучением навыкам менее опасного употребления, беседу целесообразно проводить во время сбора анамнеза. Выясняя типы употребляемых веществ, дозы и прочее, врач может расспросить больного об особенностях употребления ПАВ, оценить их с точки зрения ВИЧ-инфицирования и объяснить, каким образом этого можно избежать (другие способы употребления, стерилизация инъекционного инструментария, использование только индивидуальных средств и др.).

Послетестовое консультирование во многом определяется полученными результатами. Сообщение любого результата должно иметь конфиденциальный характер.

Получение отрицательного ответа на антитела к ВИЧ не всегда свидетельствует об отсутствии инфекции, так как тестирование может проводиться в «период окна» или в другие периоды, когда антитела не обнаруживаются. В этой связи пациенту следует рекомендовать повторное обследование в течение ближайших 3–6 месяцев. Необходимо еще раз обсудить с ним формы его поведения, связанные с риском заражения ВИЧ-инфекцией (инъекционное употребление наркотиков, рискованное сексуальное поведение и др.), и объяснить, что, несмотря на отрицательный результат теста, он может быть инфицирован ВИЧ и поэтому должен соблюдать меры предосторожности для защиты себя и окружающих.

Сообщение положительного результата должно происходить в строго конфиденциальной обстановке. Формулировка сообщения должна быть короткой и нейтральной. Пациенту нужно дать время на обдумывание информации и затем помочь принять ее. Важно выяснить, правильно ли он понимает смысл результата, и еще раз обсудить, что означает диагноз

ВИЧ-инфекция (но не стоит делать прогнозов и оценивать продолжительность жизни).

Известие об обнаружении ВИЧ-инфекции воспринимается обычно как смертельный приговор. В результате у больного может развиться целый комплекс психогенных реакций:

- страх смерти и одиночества;
- боязнь заразить близких;
- чувство утраты стабильности и перспективы;
- тревога из-за возможного разглашения диагноза;
- чувство вины перед теми, кто мог оказаться зараженным;
- суицидальные мысли и действия;
- агрессивность по отношению к возможному источнику заражения и др.

В наркологической практике известие о ВИЧ-положительном статусе может привести к отказу от лечения. Считая себя обреченным, пациент усомнится в целесообразности борьбы с зависимостью.

После получения положительного результата консультирование, как правило, происходит в три этапа:

- снятие эмоционального кризиса,
- решение проблем,
- принятие решений.

В период эмоционального кризиса, растерянности и беспомощности от консультанта требуется способность к сопереживанию и участию. Он должен суметь понять и адекватно отреагировать на страх больного, помочь ему овладеть своими чувствами, избегая ложных заверений и преуменьшения тяжести ситуации.

После периода адаптации следует приступить к более тщательному анализу возникших проблем, обсудить пути их решения и сориентировать пациента на ответственное и взвешенное поведение.

Человек должен четко осознать, что дальнейшее течение ВИЧ-инфекции во многом будет зависеть от его поведения и образа жизни. Нужно постараться удержать его от отказа от лечения, убедить, что оно увеличивает шансы на эффективную борьбу с заболеванием и продолжительную жизнь. Прием наркотических средств должен рассматриваться не как способ «ухода от реальности», а как фактор, усугубляющий развитие ВИЧ-инфекции и способствующий ее более тяжелому протеканию.

На следующем этапе консультирования следует наметить стратегию поведения пациента и сориентировать его на принятие самостоятельного и ответственного решения о своем будущем. Нужно выяснить, есть ли среди его ближайшего окружения люди, способные оказать поддержку и помощь. Пациенту обязательно должна быть предоставлена информация

о медицинских, социальных и общественных организациях, помогающих людям, живущим с ВИЧ.

Что необходимо обсудить во время консультации?

Чтобы у пациента не сложилось неправильное представление о целях консультирования, во время беседы следует говорить только о его личных проблемах и особенностях поведения, связанных с употреблением наркотических средств (заостря внимание на санитарно-гигиенических условиях употребления), а не о том, где, у кого, каким образом и на какие деньги он достает наркотики.

Для успешного консультирования важно обсудить с пациентом возможные риски, связанные с сексуальным поведением и употреблением наркотиков (см. раздел 2.1).

Вопросы изменения сексуального поведения могут оказаться даже более трудными, чем вопросы употребления наркотиков. Их обсуждение потребует от консультанта терпения и такта. Нужно больше обращаться к пациенту «как бы за советом»: например, задавать ему вопрос, как лучше поступить в той или иной ситуации, — и затем сообща анализировать варианты.

В беседах с женщинами, употребляющими ПАВ, необходимо обратить их внимание на вертикальный путь передачи ВИЧ-инфекции (от матери ребенку) и повышенную опасность ВИЧ-инфицирования во время менструального цикла.

5.2. Изменение рискованного поведения как основной показатель эффективности профилактической работы

Здоровое поведение — это комплексный процесс, на который влияет множество разных факторов. Консультирование является признанным и эффективным инструментом влияния на изменение рискованного поведения. Цель консультирования — помочь потребителям наркотиков осознать рискованность собственного поведения и встать на путь его изменения.

Для решения задач профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН особый интерес представляет теория, выделяющая несколько этапов на пути изменения поведения ПИН с опасного на менее опасное (Прохаска Дж., ДиКлементе К., Норкрос. Транстеоретическая модель изменения поведения, 1992).

1. Преднамерение. На данном этапе пациент не осознает, что у него существует проблема, не задумывается о необходимости что-то менять. Это может происходить по причине отсутствия у него достаточной информации по теме.

Задача 1-го этапа — предоставление пациенту недостающих сведений и информации.

2. **Намерение.** *Взвешивание всех «за» и «против», осознание противоречий и «персонификация проблемы»,* то есть пациент начинает **воспринимать проблему** рискованного поведения как свою собственную.

3. **Решение.** *Пациент принимает решение, изменять или не изменять проблемное поведение.* Он осознает проблему и получает от консультанта информацию о том, как можно с ней справиться. Но для изменений в поведении пациенту необходима мотивация.

Задача консультанта — помочь пациенту настроиться на изменение поведения.

4. **Действие.** *Реализация решения на практике, конкретные поступки.* Пациент начинает практиковать новый способ поведения и, конечно, наталкивается на различные препятствия. На этом этапе очень важна грамотная поддержка со стороны специалистов: врача-нарколога, психолога, социального работника и т.д.

5. **Поддержание.** *Активное поддержание изменений, достижение оптимальных стабильных изменений.* На данной стадии пациенту необходимо сконцентрироваться на достигнутом и придерживаться этих моделей поведения. Очень важно, чтобы пациент почувствовал пользу и даже выгоду от измененного поведения. Полезным в такой ситуации может оказаться посещение групп взаимопомощи и общение с людьми, находящимися в схожей ситуации.

6. **Рецидив.** *Возвращение к проблемному поведению.* В силу различных причин человек может «сорваться» и вернуться к прежнему поведению. Не имеет смысла осуждать или обвинять его за это. Эффективнее — помочь справиться с ощущением поражения, делая акцент на мысли, что результаты, которых пациенту удалось достичь (пусть даже на короткий период), являются шагом в правильном направлении и заслуживают похвалы.

При работе с ПИН необходимо помнить о двух моментах (Фрэнкин, 2003):

1. В большинстве случаев употребление ПАВ связано с тем, что люди не справляются с неприятными переживаниями, и в этой связи очень полезно обучить их техникам работы с эмоциями.
2. Наличие сферы деятельности, удовлетворяющей психологические потребности человека, позволяет ему сократить или прекратить употребление ПАВ. Некоторые люди отказываются от наркотиков, когда понимают, что это мешает им работать или общаться (Peele, 1989).

Таким образом, любые социальные отношения, которые не связаны с употреблением ПАВ, положительно влияют на тенденцию к изменению поведения.

Когда работаешь с наркозависимым человеком, следует помнить: практически невозможно просто взять и отказаться от употребления наркотика — нужны адекватная замена этой разрушающей деятельности и умение справляться с неприятными эмоциями и трудностями в жизни без ПАВ.

6. Современные подходы к лечению ВИЧ-инфекции

6.1. Течение ВИЧ-инфекции в отсутствие лечения

Заражение ВИЧ-инфекцией приводит к поражению и последующей гибели клеток иммунной системы, к развитию и медленному прогрессированию состояния иммунодефицита, сопровождающемуся присоединением оппортунистических заболеваний инфекционной, паразитарной или онкологической природы.

Характер ВИЧ-инфекции зависит от следующих факторов:

- уникального свойства ВИЧ ослаблять иммунную систему человека;
- специфического иммунного ответа организма.

Основными показателями процесса развития инфекции признано считать:

- количество CD4-лимфоцитов,
- уровень вирусной нагрузки (концентрации вируса в единице объема крови),
- характер присоединившихся оппортунистических заболеваний.

Согласно клинической классификации существует несколько стадий ВИЧ-инфекции, которые характеризуются различной продолжительностью, свойствами возбудителя и состоянием макроорганизма.

6.2. Особенности течения ВИЧ-инфекции в связи с употреблением ПАВ

Диагностика заболевания может быть существенно затруднена в «период окна». В это время еще не выявляются антитела к ВИЧ, а клинические проявления заболевания недостаточно выражены.

Когда диагноз ВИЧ-инфекция установлен, клиническая картина зависит от двух взаимодействующих факторов: течения наркотической зависимости и инфекционного процесса. У ВИЧ-инфицированных потребителей героина в клинике абстинентного синдрома более резко выражена вегетативная симптоматика. Достоверно ассоциированы с ВИЧ-инфекцией потливость по ночам, кашель, глоссит, длительная лихорадка, затылочная аденопатия и длительная диарея. Помимо перечисленного отмечается высокая частота различных психических нарушений: глубокая депрессия, суицидальное поведение, тревожно-ипохондрические состояния, психопатические реакции (Беляева В.В., Покровский В.В., 2003; Покровский В.И., Покровский В.В., 1988).

Заслуживают особого внимания клинические особенности зависимости от ПАВ, оказывающие влияние на течение и лечение ВИЧ-инфекции. Так, например, нарушенный при алкоголизме процесс всасывания в желудочно-кишечном тракте может привести к развитию кандидозного

эзофагита и гастрита, а часто встречающийся в анамнезе больных алкоголизмом острый панкреатит может стать противопоказанием к проведению антиретровирусной терапии.

Известно влияние, которое оказывают наркотики на иммунную систему организма. При опиийной и эфедроновой наркозависимости установлено развитие иммунодефицита по Т-клеточному типу. У эфедроновых потребителей отмечается также дефицит В-клеток, а у потребителей опиатов имеет место В-клеточная активация. Различный иммуносупрессивный эффект обнаружен у героина, органических растворителей, барбитуратов, транквилизаторов и других ПАВ (Гамалея Н. Б., Наумова Т.А., 2002).

Под влиянием каннабиоидов (марихуаны, гашиша) происходит ослабление гуморального иммунного ответа. Их употребление может вызвать ослабление функциональных свойств гранулоцитов, макрофагов и естественных киллеров, однако эти изменения будут носить умеренный характер.

Кроме того, прием наркотиков способствует развитию опухолевых процессов, часто сопровождающих клинические проявления ВИЧ-инфекции.

Прием стимуляторов может ускорять репликацию вируса за счет ускорения обменных процессов, приводить к нарастанию вирусной нагрузки и утяжелению клинической картины ВИЧ-инфекции.

Среди оппортунистических инфекций у ВИЧ-положительных ПИН значительно чаще наблюдаются бактериальные пневмонии, которые отличаются крайне тяжелым течением. В то же время у ВИЧ-положительных ПИН существенно реже, по сравнению с лицами, заразившимися половым путем, развивается саркома Капоши.

Огромное медико-социальное значение приобретает распространенность среди ВИЧ-положительных ПИН парентеральных вирусных гепатитов: гепатитом С страдают около 95% потребителей, гепатитом В – около 78% (www.aidsalliance.org.ua/namsubscribe; Покровский В.И., Покровский В.В., 1988).

В последние годы к перечню инфекционных заболеваний, наиболее часто ассоциируемых с ВИЧ-инфекцией, добавился туберкулез. Около 40% зараженных ВИЧ-инфекцией потребителей инъекционных наркотиков страдают туберкулезом легких. Среди них в 50 раз чаще, чем в общей популяции, развиваются формы туберкулеза, резистентные к фармакотерапии. Данное обстоятельство вызывает особую озабоченность, так как в стране отмечается неуклонный рост заболеваемости туберкулезом, в том числе среди больных алкоголизмом и наркоманией (Lezhentsev K., 2006).

6.3. Современный подход к лечению ВИЧ-инфекции. Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ)

Изучение свойств вируса и патогенеза ВИЧ-инфекции позволило определить основные направления и мишени терапевтического воздей-

твия. В настоящее время существует четыре семейства антиретровирусных препаратов:

- **Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ) и нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ).** Оказываемое воздействие – блокируют фермент обратной транскриптазы. Способностью подавлять фермент обладают аналоги нуклеозидов или ингибиторы других классов.
- **Ингибиторы протеазы (ИП).** Оказываемое воздействие – тормозят процесс сборки готовых вирусных частиц.
- **Ингибиторы слияния (ИС).** Оказываемое воздействие – блокируют внедрение вирусных частиц в клетки иммунной системы.

Процесс создания эффективных препаратов значительно усложняет скорость мутации ВИЧ в организме (в 1000 раз быстрее любого другого микроорганизма), которая сопровождается развитием новых форм вируса, устойчивых к лечению. Вирус становится нечувствительным к лекарственным веществам. Лекарственная устойчивость возбудителя к назначаемым препаратам является одним из основных препятствий к достижению стойкого вирусологического ответа на антиретровирусную терапию. Согласно исследованиям, проведенным в разных странах, распространенность резистентности ВИЧ встречается от 3 до 29% случаев. В этой связи еще одним неперенным требованием к терапии является ее способность препятствовать развитию медикаментозной устойчивости вируса и инфекционных осложнений различного генезиса.

Клинические и экспериментальные наблюдения свидетельствуют о том, что ни одно из существующих в настоящее время средств не способно самостоятельно подавить размножение вируса. Чтобы минимизировать опасность развития устойчивости, необходима комбинация из нескольких таких препаратов (Worth L.A., Volberding P.A., 1994).

Одновременный прием трех или четырех антиретровирусных препаратов получил название **высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ).**

Современные противоретровирусные препараты способны блокировать размножение ВИЧ и снижать содержание вируса в крови до неопределяемого уровня, но добиться полного очищения организма от вируса и, следовательно, излечения от ВИЧ-инфекции пока не представляется возможным.

Высокоактивная антиретровирусная терапия позволяет восстановить иммунную систему, предупредить развитие оппортунистических инфекций, значительно улучшить качество жизни и сохранить трудоспособность человека.

Лечение рекомендуется начинать при снижении количества CD4-клеток до уровня 350 кл./мл и ниже, стабильном увеличении вирусной нагрузки более 100 000 копий/мл и при наличии клинических симптомов болезни, свидетельствующей о недостаточности иммунной системы.

Назначение менее трех антиретровирусных препаратов значительно повышает риск развития лекарственной устойчивости и может привести к потере эффективности АРВ-терапии (www.aidsalliance.org.ua/namsubscribe).

6.4. Особенности лечения ВИЧ-инфекции у пациентов с наркотической зависимостью

Противовирусные препараты и наркотики

Несмотря на наличие обширной литературы на тему взаимодействия антиретровирусных препаратов с другими химическими веществами, информации по взаимодействию АРВ-препаратов и наркотиков пока явно недостаточно (www.aidsalliance.org.ua/namsubscribe; Стратегический обучающий проект, 2004). Это обусловлено двумя факторами: трудностями в организации исследований с участием ВИЧ-положительных ПИН, принимающих ВААРТ (с юридической и этической точек зрения), а также качественным и количественным непостоянством состава уличных наркотиков.

Представители фармацевтической компании «Abbott» изучали взаимодействие ингибитора протеазы ритонавира с наиболее употребляемыми наркотиками. Исследования показали, что при взаимодействии ритонавира с уличными наркотиками увеличивалось их содержание в крови: экстази – в 2–3 раза, героина – в 2 раза, амфетаминов – в 2–3 раза. С кокаином не было выявлено никакого серьезного взаимодействия.

Обзор взаимодействия антиретровирусных препаратов и наркотиков, основанный на проведенных исследованиях, позволил разработать для специалистов ряд рекомендаций (www.aidsalliance.org.ua/namsubscribe; Стратегический обучающий проект, 2004).

Амфетамины – потенциально опасное взаимодействие с ритонавиром. Данная комбинация может иметь трагические последствия.

Кетамин – не существует исследований или зарегистрированных случаев взаимодействия кетамина и антиретровирусных препаратов. Прием ингибиторов протеазы может привести к риску кетаминовой интоксикации из-за накопления наркотика.

РСР – употребление РСР с ингибиторами протеазы и эфавиренцем может вызвать повышенную концентрацию РСР и привести к развитию интоксикации.

Экстази – взаимодействие с ингибиторами протеазы представляет опасность для жизни, так как в этом случае токсический эффект экстази и риск летальной передозировки увеличиваются в четыре раза.

ЛСД – действие данного наркотика не изучено полностью. Пациенты, употребляющие ЛСД и принимающие АРВ-терапию, должны быть предупреждены о вероятности взаимодействия препаратов, признаках интоксикации ЛСД и необходимости употреблять ЛСД меньше обычной нормы.

Кокаин – взаимодействие кокаина и антиретровирусных препаратов описано крайне скудно. Достоверных взаимодействий не отмечено. Считается, что взаимодействие с невирапином или эфавиренцем может увеличить риск токсического воздействия на печень, но исследований, подтверждающих данную гипотезу, пока нет.

Героин – существуют данные, что героин при использовании с ингибиторами протеазы и эфавиренцем быстрее усваивается, вызывая симптомы отмены.

Применение ВААРТ у потребителей инъекционных наркотиков

Эпидемия ВИЧ-инфекции поставила новые задачи по организации лечения больных наркоманией. Они заключаются в необходимости совмещения ВААРТ и иммунокорректирующей терапии с лечебными программами по купированию острого абстинентного синдрома, подавлению патологического влечения к наркотикам и лечению различных психических нарушений, характерных для наркомании.

Потребители инъекционных наркотиков составляют 82% всех ВИЧ-положительных, но их доля среди лиц, получающих какую-либо разновидность антиретровирусной терапии, составляет всего 23% (Бартлетт Дж., Галлант Дж., 2006). В некоторых странах потребителей наркотиков исключают из программ ВААРТ, считая, что они не в состоянии достичь положительных результатов лечения из-за своего образа жизни.

Однако результаты проведенного в Западной Европе масштабного исследования эффективности ВААРТ не выявили существенной разницы в показателях CD4-клеток между ПИН и людьми, не употреблявшими наркотики (Коллинз С., 2006; Стратегический обучающий проект, 2004). Исследование в Канаде показало, что у тех потребителей наркотиков, которые соблюдали правила лечения, наблюдалось такое же повышение уровня CD4-клеток, как и у пациентов, не употреблявших наркотики⁴. При АРВ-терапии, предоставляемой потребителям наркотиков американской мобильной программой обмена шприцев, у 77% клиентов было достигнуто снижение уровня вирусной нагрузки до менее 400 копий/мл, а через шесть месяцев их показатели CD4 возросли на 25%. Французское исследование показало, что пациенты, которые принимали бупренорфин и АРВ-терапию, достигли более высокого уровня приверженности (78,1%), чем бывшие потребители наркотиков (65,5%) или активные ПИН, которые не принимали бупренорфин (42,1%) (Стратегический обучающий проект, 2004).

Таким образом, накопленный опыт свидетельствует о необходимости расширения доступа и создания благоприятных условий для предоставления ВААРТ потребителям инъекционных наркотиков.

⁴ Wood E, Montaner JS, Yip B, Tyndall MW, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, et al. Adherence to antiretroviral therapy and CD4 T-cell count responses among HIV-infected injection drug users (Соблюдение режима антиретровирусной терапии и показатели клеток CD4 среди ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков). *Antivir Ther* 2004;9(2):229-35.

Службы для ПИН должны располагаться в доступных местах (например, на территории клиник для ВИЧ-положительных пациентов) и включать:

- консультирование,
- доступ к лечению зависимости,
- доступ к АРВ-препаратам,
- профилактику и лечение оппортунистических болезней,
- программы снижения вреда,
- социальную поддержку.

6.5. Приверженность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) – необходимое условие лечения ВИЧ-инфекции

Пациент и предписанные врачом лекарственные препараты являются взаимообусловленными компонентами процесса лечения ВИЧ-инфекции.

Факторы, которые могут повлиять на приверженность (Беляева В.В., Покровский В.В., 2003; Belyaeva V., et al., 2003)

Факторы, связанные с препаратом:

- кратность и число единиц приема лекарственных препаратов,
- наличие побочных эффектов.

Одной из перспективных стратегий повышения приверженности ВААРТ является использование схем с однократным приемом 1–2 единиц лекарственных препаратов, обладающих минимальными побочными эффектами, особенно такими, как тошнота, рвота, диарея (Беляева В.В., Покровский В.В., 2003; Belyaeva V., et al., 2003; www.aidsalliance.org.ua/namsubscribe; Frank I., 2002).

Факторы, связанные с пациентом:

- социодемографические (невысокий образовательный уровень, бездомность, молодой возраст);
- наличие психических заболеваний (депрессия, зависимость от алкоголя и наркотиков);
- особенности психического состояния (переживание тревоги, чувство подавленности, болевые ощущения, которые могут привести к снижению приверженности);
- пониженная самооценка;
- хорошее самочувствие, когда пациент не видит смысла (сомневается) в необходимости начала терапии или ее продолжения.

Знание данных факторов может пригодиться для прогнозирования приверженности терапии (Беляева В.В., Покровский В.В., 2003; Belyaeva V., et al., 2003; www.aidsalliance.org.ua/namsubscribe), но не может быть единственной причиной для отказа в ней.

Высокий социально-экономический статус, уровень образования, отсутствие злоупотребления наркотиками и т.д. не гарантируют адекватную приверженность лечению.

Важными предпосылками для развития приверженности являются социально-психологические и биологические особенности пациента, профессиональные навыки врача, высокая степень изменчивости ВИЧ и его способность к селекции штаммов, устойчивых к принимаемым препаратам, а также особенность лекарственных препаратов и их взаимодействие.

Назначение ВААРТ требует жесткого соблюдения режима приема лекарств. Нарушение режима приводит к появлению штаммов ВИЧ, устойчивых к тому или иному лекарственному препарату, и, следовательно, к снижению эффективности терапии.

Приверженность терапии означает:

- соблюдение режима приема лекарств,
- прием лекарств в предписанной врачом дозировке,
- соблюдение рекомендаций врача по диете.

При ВИЧ-инфекции, как и при любом хроническом заболевании, достичь 100%-ной приверженности довольно сложно. Более того, при соблюдении терапии на 80% уже начинается развитие резистентности. И, напротив, повышение приверженности на 10% приводит к снижению риска прогрессирования заболевания на 21% (Беляева В.В., Покровский В.В., 2003).

Приверженности лечению могут препятствовать:

- недостаток информированности о течении ВИЧ-инфекции и существующем лечении;
- отсутствие доступа к первичной медицинской помощи или к самому лекарственному препарату;
- неверие пациента в эффективность лечения;
- наличие побочных эффектов препаратов, страха или перенесенного опыта известных побочных эффектов при ВААРТ;
- плохо налаженные взаимоотношения между врачом и больным;
- активное употребление наркотиков и алкоголя;
- психические заболевания в активной фазе, в частности депрессия;
- неспособность разобраться в схеме назначенных лекарств;
- насилие в семье и дискриминация.

Но эти препятствия не могут служить причиной отказа в предоставлении терапии. Активное употребление наркотиков тоже не является достаточным основанием для исключения пациента из лечебной программы.

Врачу-наркологу следует осуществлять контроль за приверженностью пациента лечению и при необходимости (в периоды снижения приверженности) увеличивать интенсивность лечебно-профилактических мероприятий (более частые визиты пациента к врачу, привлечение его семьи, друзей, направление в социальную службу и т.п.). Особое внимание следует уделять возможности использования ВИЧ-статуса пациента как фактора мотивации к отказу от употребления наркотиков (http://www.narkotiki.ru/expert_3997.html).

В некоторых ситуациях имеет смысл создать «команду приверженности», состоящую из пациента, членов его семьи, лечащего врача-нарколога, врача-инфекциониста и равного консультанта (Беляева В.В., 2005).

Врач является основным источником информации и поддержки для пациента.

Консультирование – основной элемент формирования приверженности ВААРТ у ПИН

Консультативная работа по повышению приверженности ВААРТ играет важную роль в формировании самооценки пациентов и способствует формированию устойчивых доверительных отношений между врачом и пациентом.

Для пациента важно своевременно сформулировать цели терапии:

- уменьшение вирусной нагрузки;
- поддержание иммунитета;
- предупреждение заболеваемости оппортунистическими инфекциями, а также смертности.

До начала терапии важно выявить у пациента такие факторы, как, например, подавленное настроение. По результатам исследования, проведенного М. Чесни (Cbesney M.A., et al., 2000), это состояние стало причиной отказа от лечения у 24% респондентов.

Своевременное и полное информирование пациента о возможностях ВААРТ стимулирует его к принятию решения о ее начале и создает мотивацию на продолжение лечения. Повысить мотивацию можно при сочетании информированности и методов групповой психотерапии.

Вопросы, которые рекомендуется рассмотреть в процессе консультирования:

- цель АРВ-терапии, механизм воздействия антиретровирусных препаратов;
- ежедневная схема приема препаратов;
- правила приема препаратов (взаимосвязь с едой, другими лекарствами);

- правила хранения препаратов;
- негативные последствия нарушения режима и дозирования антиретровирусных препаратов;
- организация приема препаратов (если пациент работает);
- правила и режим получения антиретровирусных препаратов в лечебно-профилактическом учреждении.

Важно, чтобы стратегия лечения была предельно понятна пациенту и он выразил готовность ей следовать. Во время повторных встреч следует сообщить пациенту о специфике и цели терапии, объяснить, почему необходимо строго соблюдать режим приема препаратов, предоставить памятку с изображениями лекарственных средств, показать, как выглядят контейнеры для таблеток, посоветовать, что использовать для напоминания (часы со звонком, наклейки, пейджеры и т.д.).

Желательно, чтобы ежедневная схема приема была представлена в письменном виде с указанием названия каждого препарата, необходимой дозировки и временем приема. По возможности выбор схемы лечения должен быть обусловлен уменьшением частоты приемов и количества таблеток (капсул), а также более простыми диетологическими требованиями. Следует избегать отрицательных взаимодействий между назначенными и принимаемыми пациентом вне схемы ВААРТ препаратами. Пациент должен знать о побочных эффектах и нарушениях самочувствия, при которых следует срочно обратиться за медицинской помощью. Врач должен дать особые указания по использованию и хранению лекарств.

Практика показала, что посредством консультирования можно оказывать влияние на все составляющие, от которых зависит приверженность терапии.

Консультирование пациента лечащим врачом считается важным моментом его подготовки к началу проведения ВААРТ.

Заключение

К наиболее тяжелым медицинским последствиям инъекционного употребления наркотиков относится распространение ВИЧ-инфекции. Употребление наркотиков связано с активизацией всех путей передачи вируса иммунодефицита человека: парентерального, полового и вертикального (от матери ребенку).

Современный этап эпидемии ВИЧ-инфекции характеризуется увеличением количества потребителей инъекционных наркотиков, нуждающихся в лечении. Появление современных эффективных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции (ВААРТ) актуализировало потребность в разработке новых подходов к поддержанию приверженности лечению у пациентов с зависимостью от ПАВ.

В этой связи особую важность приобрел вопрос о необходимости повышения уровня знаний специалистов, оказывающих помощь потребителям наркотиков, так как именно им отведена наиболее значимая роль в реализации лечебно-профилактических мероприятий.

Список сокращений

- АРВ-терапия – антиретровирусная терапия
- ВААРТ – высокоактивная антиретровирусная терапия
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ИППП – инфекции, передающиеся половым путем
- ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ
- НПО – неправительственная организация
- ПАВ – психоактивные вещества
- ПИН – потребители инъекционных наркотиков
- СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

Библиография

1. Беляева В.В. Стратегии повышения приверженности высокоактивной антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции. – М.: Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом Минздрава России, 2005.
2. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции/Пособие для врачей различных специальностей. – М., 2003.
3. Богословская Е.В., Башкирова Л.Ю., Шипулин Г.А. Развитие лекарственной устойчивости ВИЧ у пациентов, получавших противоретровирусную терапию больше года // Сборник тезисов 4-й Всероссийской научно-практической конференции. Генодиагностика инфекционных заболеваний. – М., 2002.
4. Гамалея Н.Б., Наумова Т.А., Хотовицкий А.В., Кузьмина Т.И., Гамалея А.А. Исследование влияния тактивина на процессы внутриклеточной передачи в ответ на стимуляцию опиоидных, дофаминовых и серотониновых рецепторов на лимфоцитах периферической крови у здоровых и больных героиновой наркоманией//Вопросы наркологии. – 2002, № 3. С. 66–75.
5. Барлетт Дж., Галлант Дж. Клинические аспекты лечения ВИЧ-инфекции (<http://www.eurasiahealth.org/rus/aids/helth/resources/82168>. «КС», № 2, 2006).
6. Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования путем лечения наркотической зависимости. Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков. – Всемирная организация здравоохранения, 2004.
7. Лечение ВИЧ/СПИДа на практике// Электронное периодическое издание, выпуск № 1, 2006 (www.aidsalliance.org.ua/namsunsubscribe).
8. Международная встреча на тему: «Готовность к работе по организации лечения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом»/ Итоговый отчет. – Кейптаун, Южная Африка, 13–16 марта, 2003.
9. http://www.narkotiki.ru/expert_3997.html – Информационно-публицистический ресурс «Нет наркотикам».
10. Онищенко Г.Г. Приоритеты противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации на современном этапе/ Материалы Международной научно-практической конференции. – Суздаль, 2004.
11. Покровский В.И., Покровский В.В. СПИД. – М.: Медицина, 1988.
12. Коллинз С. Роль пациентов в АРВ-терапии/ Встреча во Всемирном банке. – Лондон, 21 февраля, 2006.
13. Стратегический обучающий проект по лечению (**STEP – Strategic Treatment Education Project**)/ Материалы для обучения. Обучающий семи-

нар по лечению ВИЧ и поддержке приверженности. – Киев, 26–29 октября, 2004.

14. Фрэнкин Р. Мотивация поведения. – Спб.: Питер, 2003.

15. Шайдукова Л.К., Тиханов Р.А., Овсянников М.В. Асоциальный тип поведенческих расстройств у женщин, злоупотребляющих опиоидами// Вопросы наркологии, 2005, № 2. С. 6–12.

16. Abdala N., Stephens P.C., Griffith B.P., Heimer R. Survival of H I V-1 in syringes. *Journal of AIDS and Human Retrovirology*. 1999; 20(1):73–80

17. Ball J. C., Lange W. R., Myers C. P., & Friedman S. R. (1998) Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 214–226

18. Belyaeva V., et al. Strategy for increasing adherence among patients treated with HAART at the acute stage of HfV-infection. 9th European AIDS Conference (EACS), 2003, Warsaw, Poland № 10.1/1.

19. Cbesney M.A., et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: theAACTG adherence instruments. *AIDS Care* 2000; 12 (3): 255–66.

20. Clarke S., Keenan E., Ryan M., Barry M., Mulcahy F. Directly Observed Antiretroviral Therapy for Injection Drug Users With HIV Infection. *AIDS Read* 12 (7): 305–316, 2002.

21. Finnegan L. Perinatal morbidity and mortality in substance using families: effects and intervention strategies. // *Bull Narc.* – 1994. – Vol. 46, № 1. – P. 19–43.

22. Frank I. Once-Daily HAART: Toward a New Treatment Paradigm. *JAIDS* 2002;31:S. 10–S15.

23. Gossop M., Stewart D., Browne N., Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction* 2002;97:1259–67.

24. Kozlov A.A., Dorovskih I.V., Doljanskaia N.A., Buzina T.S., Polunina A.G. Psychopathological disorders in heroin addicts and administration of risperidone during rehabilitation. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. 7:(4) 31–42, 2005

25. Lezhentsev Konstantin, MD, program manager, IHRD-Budapest Methadone – the cornerstone of access to Antiretroviral treatment for HIV-positive ID-users 17.05.2006

26. Ostrow D.G. Substance abuse and HIV infection. *Psychiatr Clin North Am*. 1994 Mar; 17(1):69–89. Review.

27. Peele S. *The Diseasing of America*, Lexington, MA: Lexington Books, 1989.

28. Prochanska J. O., DiClemente C. C., & Norcross J. C. (1992). In search of how peoples change. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.

29. Reiger D.A., Farmer M.E., Rae D.S., et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Ares (ECA) Study. 'JAMA', 264:2511–2518, 1990.

30. Tim Rhodes; Lucy Platt; Svetlana Maximova; Evgeniya Koshkina; Natalia Latishevskaya; Matthew Hickman; Adrian Renton; Natalia Bobrova; Tamara McDonald; John V. Parry Addiction Vol. 101; No. 2: P. 252-266.

31. Worth L.A., Völberding P.A. Clinical applications antiretroviral therapy. // In "The AIDS knowledge base". 1994. – 4.5 – I – 33



Практика изготовления и употребления суррогатных опиатов, приготовленных из зерен пищевого мака

А. Александров, нарколог

Введение

В последние два года многие белорусские потребители инъекционных наркотиков опиоидной группы перешли на другой тип наркотиков — кустарные опиаты из маковых зерен («семки»). Они отличаются большим содержанием побочных токсических ингредиентов, а их употребление часто сопровождается рискованным инъекционным поведением: использованием общих шприцев (в частности, при разделении наркотика из одного шприца на несколько — по числу потребителей и т.д.)

Отсутствие посадок мака, затруднение трафика маковой соломки, героина и метадона делает «семки» одним из самых доступных и распространенных опиатных продуктов, поэтому материалы по снижению вреда и профилактике последствий их употребления будут востребованы ПИН.

История «семок»

Первые упоминания об изготовлении и употреблении суррогатных опиатов из маковых зерен в Беларуси относят к весне 2005 года. Первоначальным местом распространения был город Минск, где простой и легальный доступ к дешевому пищевому маковому зерну склонил ПИН к отказу от уже редкого к тому времени нелегального метадона.

Распространение данного вида потребления напоминало «снежный ком» — информация о процедуре изготовления и пробы «продукта» передавалась от ПИН к ПИН, достигнув летом областных, а к осени и районных центров Беларуси. Первые пациенты наркологической службы, сообщавшие об употреблении этого продукта, отмечали дешевизну, доступность, легальность зерна мака, как положительные («нет проблем, чтобы вмазаться», «почти как заместительная терапия», «не надо с барыгами связываться» и т.д.), так и отрицательные («семки» всегда доступны — с них нет смысла «слезать», трясет сильно, вены сильно «палит» и т.д.) его характеристики. Тем не менее на данный момент более 90% пациентов, находящихся на стационарном лечении опиоидной зависимости в отделениях для лечения наркоманий Минского городского клинического наркодиспансера и Республиканской клинической психиатрической больницы, употребляют именно этот суррогатный наркотик. В регионах наблюдается похожая картина, но поскольку другие специализированные отделения для лечения наркоманий в Беларуси отсутствуют, то можно привести данные только по амбулаторным пациентам областных наркодиспансеров.

Как и следовало ожидать, наибольший процент потребителей, сообщавших об актуальном употреблении опиатов из зерен мака, был в Гомельской (в том числе и в г. Светлогорске) и Минской областях; меньшая доля – в Гродненской и Брестской; единичные сообщения были из Витебской и Могилевской, где по-прежнему достаточно доступны героин и нелегальный метадон.

Кроме того, из 7 пациентов, получающих заместительную терапию метадонном в Гомельском наркодиспансере, 5 сообщили об употреблении «ширки из семок» за прошедший месяц.

Согласно данным литературы по химико-токсикологическому анализу наркотических средств, основными алкалоидами, содержащимися в ацелированном опиоиде, получаемом из зерен мака, кроме морфина, являются опиоидные алкалоиды кодеин и ацетилкодеин, а также папаверин и продукты распада тебаина. Именно наличие в анализах мочи тебаина подтверждает пищевой характер приема семян мака, так как в процессе термической обработки при экстрагировании из зерен тебаин разрушается и в моче не обнаруживается.

Содержание морфина в маковых зернах составляет от 20 до 200 мкг/г, а кодеина – от 2 до 80 мкг/г.

По данным о продажах маковых зерен в Беларуси, озвученным в октябре 2007 года на пресс-конференции начальником Управления по противодействию незаконному обороту наркотиков и преступлениям в сфере нравов Главного управления криминальной милиции МВД Республики Беларусь, их рост за последние два года составил более 200%: от 420 тонн в 2004 году до 650 тонн в 2005-м и 890 – в 2006 году. Причем уже в 2005 году более половины макового зерна не использовалось в кондитерской промышленности, а шло на наркотовредителей. Даже включение в мае 2007 года экстракционного опия, получаемого из семян растения рода *Papaver* путем извлечения наркотически активных алкалоидов опия водой или органическими растворителями, в Республиканский перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров не смогло коренным образом изменить ситуацию.

Согласно персональному сообщению одного из руководителей Управления по противодействию незаконному обороту наркотиков и преступлениям в сфере нравов Главного управления криминальной милиции МВД Беларуси данное подразделение изучает возможности решения этой проблемы. Так, в 2007 году проводилась проверка информации о том, что к маковым зернам для повышения «наркотической ценности» и ухода от наказания производители и продавцы добавляют измельченную маковую соломку. Но проверкой не было выявлено ни одного случая данной практики. Все действующие алкалоиды опия так или иначе выделялись из зерен мака. Кроме того, криминалистами производилось изучение различных сортов маковых зерен в зависимости от видов мака и стран-производителей на предмет содержания в них активных алкалоидов опия. Было установлено, что наибольшее содержание опиатов обнаруживается в зернах масличного (голубого) мака – до 0,5% морфина; среди стран

— в маке индийского, турецкого и румынского производства. Белорусские правоохранительные органы предложили ограничить реализацию маковых зерен на открытых рынках и в неспециализированных магазинах.

Эффекты

При введении «ширки из семок» в сравнении с «ширкой из соломки» потребители отмечают большую выраженность неприятных эффектов. Во-первых, это очень сильный зуд по всему телу («колики, ежики»), развивающийся непосредственно после введения и длящийся до 5 минут. Очевидно, в его основе лежит высвобождение гистамина под действием опиатов, а также ингредиентов этого продукта. Для преодоления неприятных ощущений практически все потребители добавляют в раствор антигистаминные препараты — чаще димедрол, реже фенкарол. Комбинация с антигистаминами, во-первых, повышает угнетение нервной системы, а во-вторых, ведет к токсикоманической зависимости от димедрола — «димедроловые головы». Возможно также массивное раздражение стенок сосудов компонентами «ширки». Вторым неприятным действием является быстрое «пропадание вен» (склероз периферических вен) и необходимость в «открытии паха» (введение опиатов в вены паховой области), что сопровождается повышенным риском травматизма артерий и нервов, образованием тромбов, которые затем могут попасть с кровотоком в легкие и мозг. В-третьих, это достаточно умеренный по силе эффект («приход»), по сравнению с «соломкой» — более медленное и затяжное появление эффекта («разгон короткий» и «слабо идет в тягу»), что может вызывать желание повторного приема наркотиков («догнаться») и повышает риск передозировок. И, наконец, это длительность действия наркотика — в большинстве случаев она не превышает 10–14 часов, что требует более частых (2 раза) инъекций.

ПИН сообщают о некоторых различиях в «ширке», изготовленной из разных сортов маковых зерен: *«французские и турецкие — самые лучшие»; «те, что горчат, — лучше, ширка держит до 14 часов, а плохие надо колоть 2 раза в сутки»*. Экономическим преимуществом зерен является низкая цена: для начинающих потребителей на одну дозу для 3–4 человек достаточно 1 кг, для «стажных» — 1 кг для 2 человек. Стоимость одного килограмма на рынках Минска составляет 35–40 тыс. белорусских рублей, а в регионах — до 50 тыс. (\$1 = 2150 белорусских рублей). Таким образом, суточные расходы на наркотик могут составлять от \$10 до \$15 на человека, что значительно меньше, чем в случае применения маковой соломки (до \$20), метадона (до \$50) или героина (\$20–\$40).

Характеристики вреда

Несмотря на некоторые различия в приготовлении «ширки из семок» (в ингредиентах, последовательности действий и процедур), основными прекурсорами являются аммиачный спирт (спиртовой раствор нашатырного

спирта) или пищевая сода (гидрокарбонат натрия), столовый уксус (7-процентный водный раствор), растворитель, димедрол.

Суррогатные опиоиды несут потребителям дополнительные риски, связанные как с продуктами приготовления, так и с особенностями инъекционного введения этих средств. Из всех компонентов наиболее токсичными являются щелочи и кислоты (аммиак, натрия гидрокарбонат, уксусная кислота), которые в непрореагированном виде могут содержаться в готовом растворе.

Токсическое действие непрореагированных компонентов можно разделить на краткосрочное и долгосрочное. К краткосрочным последствиям относятся непосредственное действие щелочных (аммиак, натрия гидрокарбонат) или кислотных (уксусная кислота) продуктов на кровеносную систему, что проявляется в виде флебитов (воспаление вен), тромбозов (образование сгустков крови – тромбов), кровоизлияний (из-за уксусной кислоты) и риска развития токсической кардиомиопатии (поражение сердечной мышцы). К долгосрочным последствиям относят риск развития токсических гепатита и нефрита (воспаления печени и почек), активизацию хронических вирусных гепатитов В и С, утяжеления проявлений ВИЧ-инфекции и риск развития взаимодействий с антиретровирусными препаратами.

Следующими химически активными компонентами «ширки из мака» являются экстрагированные из зерен различные органические соединения (другие алкалоиды, органические кислоты – меконовая, высокомолекулярные жировые, белки, липиды и углеводы, эфиры, масла и т.п.), с возможным повреждающим сосудистую стенку, печень и почки действием. Дополнительные риски создает комбинация опиатов с антигистаминными препаратами (димедролом), повышая риск передозировок и усиления угнетения ЦНС.

Сдругой стороны, согласно сообщению заведующего токсикологическим отделением Минской больницы скорой помощи, за все время значительного распространения употребления ацетилированного опия из маковых зерен (с 2005 года) случаев передозировок, причиной которых можно было бы посчитать употребление «семок» (по сообщениям пациентов и результатам токсикологических анализов), не наблюдалось. Это может объясняться тем, что основной действующий компонент такой «ширки» – кодеин – обладает меньшей способностью угнетать дыхание потребителя.

Наконец, особенности приготовления препарата (на несколько человек) повышают риск передачи парентеральных инфекций – гепатитов и ВИЧ внутри группы потребителей. Все это делает стратегии по снижению вреда от употребления данных суррогатных опиоидов необходимым компонентом программ, ориентированных на ПИН в Беларуси.





Психостимуляторы кустарного изготовления на основе аптечных препаратов, содержащих фенилпропаноламин (типа Эффект, Колдакт, Фервекс). Картина употребления и характеристика вреда

А. Волик, врач-координатор программы снижения вреда

БФ «Общественное здоровье», Полтава, Украина

В Беларуси и Украине основную массу состоящих на учете больных наркотической зависимостью представляют лица с опиоидной зависимостью. Однако в настоящее время отмечается рост удельного веса людей с зависимостью от кустарно изготовленных психостимуляторов. Эфедроновая, первитиновая наркомания и эфедриновая токсикомания довольно хорошо изучены и описаны в научной литературе [1, 4, 7, 8]. Исходными для кустарного изготовления эфедрона и первитина являются лекарственные средства, содержащие эфедрин, псевдоэфедрин и норэфедрин [2]. Синтезируемые психоактивные вещества – метамфетамин («винт», первитин) и меткатинон (эфедрон, «джеф») получают путем сложной технологии с использованием красного фосфора, йода и других прекурсоров [10]. Доступность препаратов, содержащих эфедрин, псевдоэфедрин и норэфедрин, ограничена, так как они относятся к рецептурным аптечным препаратам¹. Однако в свободной продаже имеются другие препараты – Эффект, Колдакт, Фервекс и т.п., которые содержат фенилпропаноламина гидрохлорид. Из этих препаратов путем реакции окисления перманганатом калия синтезируется катинон – психоактивное вещество, производное фенилпропаноламина, обладающее кратковременным психостимулирующим эффектом [10].

Катинон по своему химическому составу и фармакологическим свойствам близок к эфедрину. Именно поэтому среди лиц, злоупотребляющих психостимуляторами, получила распространение рецептура кустарного изготовления катинона из препаратов Эффект, Колдакт и др. Данная рецептура во многом сходна с изготовлением эфедрона из препаратов, содержащих эфедрин. Доступность исходного фармсредства и его дешевизна, а также простота изготовления стали причиной широкого распространения психостимулятора, получаемого из аптечных препаратов, содержащих фенилпропаноламин. Этот наркотик готовится с применением перманганата калия – основного прекурсора в приготовлении данного класса веществ. Процедура взбалтывания промежуточного раствора в процессе приготовления продукта дала

¹ В аптечной сети препараты, содержащие эфедрин, должны отпускаться по рецептам, хотя в беседах с потребителями данных наркотиков выясняется, что далеко не все аптеки соблюдают это правило. В Украине даже появилось понятие «наркоаптека», указывающее на то, что там можно без рецептов приобрести эфедринсодержащие препараты, трамадол и прекурсоры (перманганат калия и другие). (Прим. автора.)

ему расхожее в среде потребителей наркотиков название – «болтушка» («болдафен», «мулька»).

Потребители кустарных стимуляторов – это преимущественно молодежь в возрасте 15–25 лет, обычно уже имеющая опыт употребления других наркотиков (чаще всего – конопли, опиатов). Эту группу характеризуют делинквентность, асоциальность, низкое социальное положение их родителей, беспризорность (если речь идет о подростках) [1]. Таким образом, «болтушку» можно отнести к так называемым «уличным» наркотикам. Ее употребление характерно для подростков и молодежи, которые ведут хаотичный образ жизни, не вовлечены в социально приемлемые формы проведения досуга, не получают надлежащей родительской опеки, ориентируются на криминальный, маргинальный образ жизни («отщепенцы», «дети улицы»). Однако полевое наблюдение и некоторые литературные источники [5] указывают на наличие среди потребителей кустарных амфетаминов некоторого процента студентов и так называемой творческой молодежи, которые используют данные наркотики как стимуляторы на вечеринках (рекреационный наркотик для малообеспеченной студенческой молодежи) и для достижения креативного эффекта – стимулятор творчества рок-музыкантов, нетрадиционных художников.

Побудительными мотивами к началу употребления психостимулятора в основном бывают: любопытство, подражание, скука, что характерно и для злоупотребления иными формами психоактивных веществ. Некоторые подростки принимают кустарные психостимуляторы с целью уклонения от службы в армии.

Употребляемое вещество обладает целым спектром вредных воздействий на организм человека, в первую очередь на центральную и периферическую нервную систему. Сталкиваясь с вредными последствиями употребления «болтушки», многие потребители отмечают, что не имели представления об опасности психостимулятора, получаемого из препаратов Эффект или Колдакт. В частности, они полагали, что данный психоактивный препарат не вызывает привыкания и зависимости, так как данного класса наркотики позиционируются в молодежной среде как «легкие» («не то, что «ширка») [1, 11].

Согласно описаниям потребителей, наркотическое опьянение, вызываемое психостимулятором, получаемым из препаратов, содержащих фенилпропаноламин, наступает сразу после его внутривенного введения. Клиническая картина наркотического опьянения в целом сходна с эфедроновой. Тем не менее часть потребителей отмечает большую продолжительность наркотического опьянения по сравнению с опьянением, вызываемым эфедроном [1, 5]. Хотя, по некоторым литературным данным, продолжительность психостимулирующего эффекта дольше именно у эфедронсодержащих растворов [10].

Сразу после введения психостимулятора появляется ощущение «удара в голову», «прилива крови к голове» (так называемые «приход», «волна», «салют»). *«В голове словно что-то взрывается, цветные искры*

во все стороны... по телу мурашки бегут и тепло разливается, весь как электрический становишься, потом такой прилив энергии, и прёт так где-то часа два сильно...» (М., стаж употребления «болтушки» 3 месяца). Часто потребители отмечают ощущение озноба, покалывание в руках и ногах, чувство ползания мурашек, говорят, что «*волосы встают дыбом*». Почти сразу после применения данного вещества появляется учащенное сердцебиение. В большинстве случаев настроение после введения психостимулятора приподнятое, активность повышенная, ускоряется течение мыслей, появляется жажда деятельности, ощущение прилива сил, чувство превосходства над окружающими. После первых приемов наркотика наркотическое опьянение длится 6–8 часов, затем сокращается до 1–2 часов и менее. Со слов потребителей известно, что поначалу кратность введения обычно не превышает 2–3 раз в сутки, а затем возрастает до 6–8 раз. В отдельных случаях среднесуточное количество инъекций психостимулятора может быть значительно выше. Так, например, один пациент сообщил о том, что вводил указанное психоактивное вещество до 15 раз на протяжении суток: «*Раньше пёрло долго, по 2–3 часа верняк, хватало двух-трех вмазок в день по 3–4 куба, потом дошел до того, что по 15 раз в день ширялся по десять кубов...*» (Л., стаж употребления «болтушки» на основе аптечных препаратов Зестра, Эффект, Колдакт – 1 год, марганцовокислая энцефалопатия, парез нижних конечностей).

Хотя точную суточную дозу психостимулятора, получаемого из препаратов типа Эффект, по анамнестическим данным установить сложно, следует отметить, что она существенно больше, чем суточная доза наркотиков, получаемых из препаратов, содержащих эфедрин. Скорость формирования психической зависимости при злоупотреблении психостимулятором, получаемым из препаратов типа Эффект, значительно выше, чем при злоупотреблении эфедроном. Об этом, в частности, свидетельствует то, что первый своеобразный «запой» развивается уже через месяц после начала.

Абстинентный синдром после начала приема психостимулятора, получаемого из препаратов типа Эффект, проявляется астено-депрессивной симптоматикой. Его развитие у большинства наркозависимых происходит в несколько сменяющих друг друга фаз. В первые часы прекращения приема наркотика состояние больных можно характеризовать как гиперстеническую форму астенического синдрома [8], которая характеризуется раздражительностью, вспыльчивостью, грубостью, негативизмом, иногда истероформными реакциями, компульсивным влечением к наркотику, двигательным беспокойством. Затем эти проявления сменяются гипостенической формой астенического синдрома. В этой фазе для больных характерны: сонливость, чувство усталости, недомогания, депрессия, плаксивость. Их жизнь в это время представляется им бессмысленной и ненужной. После госпитализации в стационар указанная симптоматика проходит через 2–5 дней (в зависимости от продолжительности периода систематического употребления наркотиков

до включения в программу детоксикации). Пациенты вновь становятся раздражительными, конфликтными, стремятся уйти из стационара, заявляя о своем «полном выздоровлении», отказываясь от лечения [1, 5].

При внешнем осмотре по ходу поверхностных вен отмечаются многочисленные, преимущественно свежие следы от внутривенных инъекций. Вены буквально испещрены множеством точечных следов, так как суточная частота внутривенных введений очень велика. Она значительно выше, чем, например, при опиийной наркомании.

Для лиц, употребляющих психостимулятор, получаемый из препаратов типа Эффект, характерна грубая, быстро формирующаяся (в течение нескольких недель или месяцев) неврологическая симптоматика. Пациенты жалуются на резкое замедление речи, вплоть до полной афазии, замедление произвольных движений, общую слабость. Особо отмечают слабость в нижних конечностях, скованность, насильственные движения (дрожание конечностей, подергивания мышц, спазмы лицевой мускулатуры, судорожные сведения кистей, стоп, генерализованные гиперкинезы), шаткость походки, нарушение координации движений, затруднения при самообслуживании (умеренные или выраженные).

Характерно, что основной причиной отказа от дальнейшего употребления психотропного вещества в тех случаях, когда такой отказ имел место, было развитие грубых неврологических нарушений [1, 5].

Волошина Н. П. и Тайцлин В. И. (2000) сообщают о наблюдении за 10 пациентами с фенилпропаноламиновой зависимостью со сроком употребления кустарных инъекционных стимуляторов не меньше трех месяцев. При неврологическом обследовании у больных, употреблявших состав,готавливаемый из препаратов типа «Эффект», отмечены следующие симптомы: гипомимия (у 100%), общая брадиканезия (у 80%), диффузное снижение мышечной силы (у 100%), гипертонус мышц по пластическому типу (у 80%), оживление сухожильных рефлексов и их асимметрия (у 60%), патологические пирамидные симптомы (у 60%), атаксия (у 100%), координаторные нарушения (у 100%), дизартрия и другие нарушения речи (у 80%), вегетативные нарушения – сухость кожи, гипергидроз, трофические нарушения, гиперсаливация (у 80%), тремор конечностей (у 60%), гиперкинезы типа хорей, гемибаллизма (у 20%), лицевой пара- и гемиспазм (у 20%) [1].

У обследованных пациентов имели место ригидно-брадикинетико-дрожательный синдром (паркинсонизм) – у 80%, синдром хорей (гипотонико-гиперкинетический) – у 20%, симптомы пирамидных нарушений – у 80%, обусловленные токсической энцефалопатией вследствие употребления психостимуляторов, в кустарно изготовленных из препаратов типа Эффект [1].

Как уже отмечалось выше, основной компонент средств Эффект, Колдакт, Колдрекс, Фервекс и других – фенилпропаноламин, весьма близок по структуре и свойствам к эфедрину, при передозировке которого отмечаются нервное возбуждение, бессонница, расстройства

кровообращения, дрожание конечностей и другие токсические явления [5]. В нейрохимическом механизме действия препаратов этой группы существенную роль играет их способность вызывать высвобождение из нервных окончаний норадреналина и дофамина и таким образом оказывать стимулирующий эффект на психику.

При длительном бесконтрольном применении высоких доз данных веществ, отличающихся большой стойкостью и способностью к кумуляции, происходит истощение структур нервной системы, генерирующих дофамин и норадреналин, вследствие чего потребитель психостимуляторов ощущает бессилие, депрессию, общее истощение. Помимо нарушения общего состояния, нередко также последствия в виде экстрапирамидных нарушений – нарушение координации движений, несогласованность движений конечностей, парезы, параличи, нарушения речи, памяти, интеллекта.

Разнообразие наблюдающихся неврологических расстройств позволяет предположить, что своим происхождением они обязаны не только собственно психоактивной субстанции – продукту трансформации фенилпропаноламина, но и иным токсическим веществам, используемым в процессе кустарного изготовления психостимулятора (перманганат калия, пищевой уксус и др.). Кустарные условия не могут обеспечить стабильность состава и чистоту готового раствора, поэтому соотношение упомянутых ингредиентов в конечном продукте может широко варьироваться, что, в свою очередь, предопределяет течение и степень тяжести наблюдаемой клинической картины: от проходящих расстройств координации и речи до тяжелой и необратимой марганцовокислой энцефалопатии с парезами или параличами.

По данным научной литературы, хронические интоксикации наркотиками наиболее часто бывают ассоциированы с функциональным системным истощением. Для всех форм наркоманий характерны соматическая ослабленность, трофические нарушения, раннее увядание, преждевременное старение. Но в последнее время в связи с распространенностью психостимуляторов кустарного приготовления на основе препаратов, содержащих фенилпропаноламин, в Беларуси, Украине, России стали все чаще отмечаться выраженные неврологические нарушения у потребителей наркотиков [10]. Именно применение перманганата калия как прекурсора и наличие его солей в готовом растворе являются основной причиной этих неврологических расстройств.

Катинон, меткатинон, псевдометкатинон токсическими свойствами принципиально не отличаются. Побочные эффекты кустарных психостимуляторов специалисты связывают с наличием токсических примесей в конечном приготовленном растворе (соединения марганца, другие токсические продукты, образующиеся из веществ, содержащихся в комбинированном препарате) [1, 11].

Соли марганца оказывают прямое токсическое воздействие на центральную нервную систему потребителей инъекционных психостимуляторов. Один из основных компонентов для кустарного

изготовления этих наркотиков – перманганат калия – возможно, не полностью удаляется из конечного продукта. Таким образом, в кровь попадает сложная смесь веществ, содержащая, в частности, соединения марганца, которые относятся к агрессивным нейротропным ядам хронического действия. Установлено, что марганец способен вызвать специфические клинические проявления в виде так называемого марганцового паркинсонизма [3], марганцовокислрой энцефалопатии [1, 11].

ПИН, употребляющие психостимуляторы кустарного изготовления, получаемые из препаратов типа Эффект, подвергаются большему риску возникновения медицинских осложнений, чем ПИН, которые используют «традиционный» эфедрон («джеф») и первитин («винт»). Этот риск проявляется в быстром формировании синдрома зависимости и скором развитии многочисленных тяжелых неврологических расстройств, преимущественно экстрапирамидного характера. Приготовление и употребление кустарных психостимуляторов зачастую происходят в антисанитарных условиях, с использованием общей посуды («фуриков»), общих шприцев и игл, что приводит к высокому риску инфицирования ВИЧ и вирусами гепатитов В и С [12].

Ситуация, сложившаяся в результате распространения злоупотребления психостимуляторами, указывает, с одной стороны, на необходимость принятия мер, направленных на упорядочение и ограничение оборота препаратов типа Эффект, а с другой – побуждает в ближайшее время приступить к активной разработке и внедрению адекватных способов снижения вреда от употребления инъекционных кустарных стимуляторов.

Библиография

1. Волошина Н. П., Тайцлин В. И., Линский И. В., Богданова И. В., Кузьминов В. Н. Психические и неврологические расстройства вследствие употребления психостимулятора кустарного изготовления, получаемого из препарата «Эффект» // Український вісник психоневрології. – 2000. – Т. 8, вип. 2. – С. 74–76.
2. Битенский В. С., Херсонский В. Г., Дворяк С. В., Глушков В. А. Наркомании у подростков. – К., 1989. – 215 с.
3. Личко А. Е., Битенский В. С. Клиническая наркология. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
4. Лопина О. Д., Аврунина Г. А., Воронцова Е. И., Прядилова И. В., Рыжкова М. Н., Хижнякова К. И. Марганец. БМЭ. – 3-е изд. – Т. 13. – С. 417–420.
5. Лукачер Г. Я., Врублевский А. Г., Ласкова Н. Б., Рохлина М. Л., Марсакова Г. Д., Власова И. Б., Чуркина Н. Е. Эфедроновая наркомания // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1987. – Т. 87, вып. 5. – С. 751–757.
6. Машковский М. Д. Лекарственные средства: Пособие для врачей: В 2 т. – Т. 1. – Вильнюс, 1993. – 542 с.
7. Морозов Г. В., Шумский Н. Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). – Нижний Новгород: НГМА, 1998. – 426 с.
8. Найденова Н. Г. Некоторые клинические аспекты эфедроновой наркомании // Вопросы наркологии. – 1988. – № 1. – С. 31–32.
9. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. – М.: Медицина, 1994. – 425 с.
10. Кузьминов В. Н., Линский И. В., Назарчук А. Г. Особенности психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении различными психостимуляторами кустарного изготовления // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 1. – С. 190–192.
11. Сосин И. К., Линский И. В., Чуев Ю. Ф., Кузьминов В. Н., Жемчугова Н. И., Осипов А. А. Клиника, патогенез и лечение зависимости от психостимуляторов, получаемых путем кустарной модификации некоторых официальных препаратов, содержащих прекурсоры // Архів психіатрії. – 2001. – № 4. – С. 117–122.
12. Волик А. Н. Винт и его винтовка // Біла Альтанка. – 2001. – № 8.



Примеси в кустарных инъекционных наркотиках: составляющие вреда и профилактика вредных последствий

А. Волик, врач-координатор программы снижения вреда

БФ «Общественное здоровье», Полтава, Украина

Природа примесей: прекурсоры, «усилители», «бодяга»

Примеси в кустарно приготовленных инъекционных наркотиках — опятах («ширка», «ханка») и амфетаминах («винт», «джеф», «болтушка») — это химические соединения, которые образуются в результате применения различных промежуточных веществ в процессе изготовления наркотика. Природу примесей определяют вещества, которые используются в качестве прекурсоров (для приготовления наркотического раствора), «усилителей» (для усиления наркотического эффекта) или в виде «бодяги» («бодяжные» наркотика, т.е. разбавленные, «разбодяженные» какими-либо веществами с целью обманной наживы при продаже или для ослабления действия) [7].

Прекурсор — химический препарат, исходный компонент или участник промежуточных реакций при синтезе какого-либо вещества. Чаще всего данный термин применяется для обозначения веществ, так или иначе связанных с производством наркотических, сильнодействующих или взрывчатых веществ [1]. Основными прекурсорами для приготовления «ширки» являются ангидрид уксусной кислоты и ацетонсодержащие растворители [2], для приготовления «винта» (первитина) — исходный аптечный препарат (Солутан, Трайфед, Теофедрин и другие эфедринсодержащие аптечные препараты), неэтилированный бензин, кристаллический йод, красный фосфор, едкий натр, пищевая сода [4, 5]. «Джеф» («мулька», «болтушка») готовится с применением уксуса и перманганата калия (марганцовка) [3]. Прекурсоры могут заменяться аналогами. Так, за неимением ацетонсодержащих растворителей (отдается предпочтение промышленным растворителям № 646, 647) потребители «ширки» могут использовать соляную кислоту, аммиак, этиловый спирт, даже одеколон [4], а при изготовлении «винта» вместо неэтилированного бензина — петролейный эфир [5].

«Усилители» — вещества, добавляемые в готовый раствор наркотика с целью усиления и продления действия. Для «ширки» таким веществом традиционно является Димедрол, реже, но предпочтительнее — Сибазон (Реланиум). «Винт» и «джеф» обычно употребляются без «усилителей», но существуют смеси, такие как «варшава» («винт» и «ширка» в одном шприце), которые вызывают так называемый убойный приход и могут использоваться потребителями наркотиков с суицидальной целью [6].

«Бодяга» (сленг) — добавки в готовом наркотике¹. Происходит от сленгового глагола «бодяжить» («бадяжить») — разбавлять наркотика чем-

¹ Сленговое «бодяга» также может употребляться в значении «кустарно приготовленный наркотик». Глагол «бодяжить» может употребляться в значении «готовить наркотик» [6].

либо для повышения стоимости за счет увеличения объема (чаще) или для снижения крепости приготавливаемой субстанции (реже). «Бодяжный» («бадяжный», «разбодяженный») наркотик – некачественный продукт, где посторонних добавок много, а искомого вещества мало. Прием таких наркотиков чреват серьезными осложнениями для потребителя, так как добавки часто вредны и опасны для здоровья. Наиболее распространенными добавками в «ширку» являются вода, чай, кофе, моча, йод [7]. В проекте снижения вреда БФ «Общественное здоровье» (Полтава) в 2001 году был зафиксирован случай смерти потребителя инъекционных наркотиков (ПИН) – участника программы обмена шприцев, причиной которой стала покупка и введение в вену 5-процентного раствора йода под видом раствора «ширки» [4].

Примеси в кустарных инъекционных опиатах («ширка»): бытовые растворители, уксусный ангидрид, димедрол и другие. Характеристика действия и вредных последствий

«Ширка» (*крим. сленг*) – экстракт маковой соломки, который получают путем ее измельчения и выделения (экстракции) из нее наркотически активных алкалоидов с помощью органических растворителей [8]. Препарат имеет жаргонные названия-синонимы: *ханка, черняшка, черная, компот, химия* (маковая соломка, обработанная нашатырным спиртом и ацетоном, после выпаривания вводимая внутривенно). Ацелирование опия и получение препарата «ширка» как явление возникает в СССР в начале 80-х годов XX века в связи с введением строгих мер контроля за расходованием всех аптечных препаратов [9]. До этого потребители опийных наркотиков Европейской части СССР использовали аптечные опиаты (опий в порошке, морфина гидрохлорид), водный отвар маковой соломки (*кокнар, кукнар, варенье*) или употребляли мак всухую. В Средней Азии было больше распространено курение опиума и пероральное употребление терьяка. Терьяк – высохший на воздухе млечный сок, выделяющийся из надрезов, нанесенных на незрелые коробочки мака.

По своим наркотическим свойствам «ширка» относится к депрессантам (подавляет нервно-психическое возбуждение). Внутривенное введение ее вызывает «приход» (резкую реакцию организма на попадание наркотика в мозг в виде «нахлынувшей волны», «удара», «бегания мурашек»). Дальнейшее действие, именуемое на сленге наркопотребителей «тягой», включает в себя эйфорию, общую расслабленность, благодушие и безмятежность. Основные физические эффекты: расслабление мышц, анальгезия. Основной диагностический признак: резкое сужение зрачков [2].

В процессе приготовления «ширки» используются химические ингредиенты, состав которых предопределяет примесный фон готового раствора и вреда, наносимого здоровью. Для оценки вреда, который оказывают примеси в «ширке» на организм наркопотребителя, важно

представлять себе назначение и роль основных химических ингредиентов, применяемых в процессе приготовления этого наркотика.

Бытовые ацетонсодержащие растворители (№ 646, 647) или **ацетон** используются для растворения измельченной маковой соломки с целью обеспечения выхода алкалоидов опия из исходного сырья. Для достижения этой цели также могут применяться **аммиак, спирт, одеколон**. При использовании растворителей основным вредным фактором воздействия на организм человека являются их испарения, приобретающие особую токсичность при нагревании. Горячие пары растворителя оказывают токсическое воздействие на центральную нервную систему как самого потребителя («варшика»), так и окружающих. Опыт реализации программы снижения вреда на базе БФ «Общественное здоровье» (г. Полтава, Украина) говорит о том, что более половины всех жалоб и заявлений соседей с требованием закрыть «наркоманский притон» связаны с неприятным и резким запахом, который распространяется по дому (двору) и соседним квартирам. Этот запах является смесью паров ацетонсодержащего растворителя и аммиака и причиняет немалый дискомфорт окружающим, загрязняя среду в пределах микроклиматической зоны совместного проживания людей.

Уксусный ангидрид — обязательный и незаменимый прекурсор для приготовления «ширки». Он необходим для проведения реакции ацетилирования опия — ключевой реакции в приготовлении опийного раствора. После добавления уксусного ангидрида полученный раствор называется «ширкой». Этот прекурсор обладает флебопатогенным действием, и, чем выше его концентрация в готовом растворе, тем выше риск развития флебита.

Димедрол («демик») — антигистаминный препарат, который добавляется в «ширку» с целью очистки раствора и усиления его наркотических свойств. Сами ПИН считают, что с этой целью лучше и менее вредно добавлять раствор Сибазона (Реланиума, Седуксена, Валиума, Диазепам), так как именно нерастворимые частицы таблеток Димедрола становятся причиной тромбоза с развитием последующих осложнений [4, 10].

Готовый раствор, по субъективным критериям ПИН, должен иметь темно-коричневый («коньячный») цвет, что говорит о хорошем качестве и относительной чистоте продукта. Однако хромато-масс-спектрометрический анализ «ширки» свидетельствует о высоком примесном фоне готового раствора, варьирующем от 8 до 20% [2].

Основным алкалоидом «ширки» является ацетилкодеин. Из неалкалоидов в «ширке» присутствуют: компонент опия меконин, образующийся при восстановительном разложении наркотина, продукты неполного ацетилирования — 3-моно-ацетилморфин, 6-моноацетилморфин, продукты гидролиза и добавки (хинин, стрихнин, кофеин, сахар) и др. В связи с высоким примесным фоном в зарубежной терминологии «ширку» называют «грязным героином» (*crud heroin*) [2, 20]. В среде ПИН, равно как и в среде экспертов, «ширка» также считается

грязным наркотиком, основным последствием употребления которого является развитие флебита, тромбофлебита и посттромбофлебитического синдрома². Частично проблему примесей потребители инъекционных наркотиков пытаются решить путем фильтрования готового раствора через «метлу» – ватный тампон, намотанный на конец иглы диаметром 0,8 мм (на сленге потребителей наркотиков – «выборка»).

«При работе с потребителями инъекционных наркотиков на полевых пунктах доверия обращает на себя внимание тот факт, что подавляющее большинство ПИН в той или иной степени страдают ПТФС – посттромбофлебитическим синдромом. Сами они считают, что тромбозы, а также связанные с тромбозами трофические язвы, которые многие ПИН ошибочно называют «абсцессами», – это главный вред, причиняемый им «ширкой» (А. Л. Боркунов, ангиохирург, врач-консультант БФ «Анти-СПИД», Полтава) [11].

Таким образом, готовая «ширка» представляет собой нестерильный биоагрессивный раствор, который, несмотря на процеживание через ватный фильтр и «очистку» Димедролом, содержит в себе «следы» уксусного ангидрида и растворителя и оказывает, помимо наркотического, сильное токсическое действие, в первую очередь – на стенки вен [7, 11]. Тот факт, что ПИН, добавляющие в «ширку» вместо Димедрола Сибазон (Реланиум), страдают тромбофлебитом реже и в значительно меньшей степени, чем «димедрольные» ПИН, говорит о том, что важную патогенетическую роль в возникновении тромбофлебита играют нерастворимые частицы таблетированного Димедрола [4].

Степень относительной «чистоты» «ширки» зависит от целей приготовления раствора, что характерно отражено в следующем интервью: *«Когда я готовлю для себя, я, конечно, потрачу часа два и больше и хорошо отобью раствор, демика там будет мало, кодеина много – переть будет долго и сильно. А на продажу, конечно, буду экономить, это же мои деньги... В "ширке" на продажу демика будет много, могу и каплю ангидрида добавить на 10 миллилитров "ширки" – приход будет сильным, просто такая "ширка" грязнее и держит 1,5–2 часа, а для себя я сделаю такую, что 6–8 часов будет держать плотно...» (Р., «варщик-барыга», стаж употребления «ширки» 20 лет, участник программы снижения вреда, БФ «Общественное здоровье»).* На вопрос о вредных последствиях димедрола и уксусного ангидрида данный интервьюер ответил: *«Ну, вредно, конечно, у меня самого ноги пухлые, думаете, отчего... Вся грязь же там (показывает на стопы) оседает. Закупорка вен. Если демик заменять на сибазон, такого не будет. От большого количества димедрола в "ширке" – тромбоз. От ангидрида – флебит. Вены горят, закрываются...»*

Некоторые потребители с целью получения относительно чистой «ширки» используют вместо растворителя 25-процентный раствор соляной кислоты.

² Посттромбофлебитический синдром (ПТФС) – состояние после перенесенного тромбофлебита, проявляющееся в расширении и уплотнении стенок вен, появлении стойких отеков, гиперпигментации и уплотнении кожи пораженной конечности, изъязвлений (трофических язв). По данным разных авторов, в странах бывшего СССР ПТФС страдают от 40 до 80 % ПИН [7].

Такая «ширка» считается более приближенной к героину, однако у ПИН она менее популярна, так как дает невыраженный слабый «приход» [4].

Кроме того, есть указания на использование крови на этапе «отбива ширки» [13], однако ПИН говорят, что данная практика является исключительной редкостью и ни один из 560 опрошенных – участников программы снижения вреда в г. Полтава не указал на факт использования крови в процессе приготовления «ширки» [4].

Таким образом, именно заболевания кровеносных сосудов – флебит, тромбофлебит и посттромбофлебитический синдром – являются основными негативными для здоровья ПИН последствиями [4, 7, 11]. Ряд авторов также связывают с употреблением «грязных» инъекционных наркотиков развитие хронического токсического гепатита [10].

Примеси в кустарных амфетаминах («винт», «джеф», «болтушка»): бензин, эфир, йод, красный фосфор, перманганат калия и другие. Характеристика действия и вредных последствий

«Винт» (*нарк. сленг*) – первитин (метамфетамин), психостимулятор фенаминовой группы, получаемый кустарно из эфедринсодержащих аптечных препаратов (Солутан, Трайфед, Теофедрин, Зестра и им подобные). На сленге потребителей «винта» препарат может именоваться также как «белый» («белая»), «ширка» (в южных регионах Украины, в частности в Одесской области) [7]. Как и «ширка», «винт» относится к «уличным» наркотикам. Приготовление и употребление «винта» в СССР исторически относится к середине 80-х годов XX века. Распространение «винтовой» наркомании, как и опиийной, связано с ужесточением мер контроля за отпуском аптечных препаратов в СССР [9]. До этого потребители психостимуляторов имели доступ к аптечным препаратам психостимулирующего действия, а в уголовной среде было распространено потребление «джефа» и «мульки» – кустарных препаратов, приготовленных с применением уксуса и перманганата калия, оказывающих психостимулирующее действие, однако более слабое, чем «винт» [7].

Химическая формула первитина: гидрохлорид d-1-фенил-2-метиламинопропана. Вводится внутривенно, а также перорально. При длительном употреблении вызывает выраженную психическую зависимость. Синдром отмены проявляется апатико-астеническим синдромом и продолжительным сном. Рецидивы употребления частые. 90% применяющих «винт» потребителей приобретают стойкие психические расстройства (слабоумие, паранойя, маниакально-депрессивный психоз, двигательные расстройства, паркинсонизм) [14, 16].

Введение «винта» вызывает осязаемый прилив энергии, эйфорию, «скачку идей» (*fuga idearum*). На физическом уровне – двигательное возбуждение, анорексию, исхудание (у хронических потребителей). «Винт» обладает выраженной периферической адреномиметической активностью (сужает периферические сосуды, повышает артериальное давление) и прямым адренэргическим действием на центральную нервную систему (ЦНС), в том числе на ретикулярную формацию и некоторые подкорко-

вые структуры, угнетает активность моноаминоксидазы (МАО) [15]. В медицине первитин применялся при лечении нарколепсии, психогенных депрессий, алкогольных депрессивных психозов и других заболеваний, сопровождающихся сонливостью, вялостью, астенией. Также применялся для временного устранения чувства усталости, повышения физической и умственной работоспособности.

В рекреационных целях первитин в связи с его недоступностью синтезируют кустарным способом с использованием эфедринсодержащих аптечных препаратов. Наиболее часто в качестве основного прекурсора выступают: Трайфед, Терафун, Солутан, Колдакт, Зестра и другие. Есть данные о получении «винта» из аптечных препаратов, содержащих псевдоэфедрин и фенилпропаноламин [16].

В процессе приготовления «винта» используются: бензин (или петролейный эфир), соляная кислота, щелочь (NaOH или KOH), красный фосфор, кристаллический йод [5]. Как и во время приготовления «ширки», процесс сопровождается резкими неприятными испарениями, оказывающими токсическое действие на окружающих. Примеси красного фосфора в готовом растворе во многом определяют его флебопатогенное и общетоксическое действие.

Называть вещество, полученное в домашних условиях, чистым первитином неверно, так как готовый раствор «винта» имеет высокий примесный фон, варьирующий в пределах 10–60% и во многом предопределяющий вред, оказываемый «винтом» на организм потребителя. В готовом растворе могут находиться «следы» бензина или эфира (–бензилфенэтиламин, –бензил-N-метил-фенэтиламин, бензилметилкетоксим, дибензилкетон и др.), «следы» исходных аптечных прекурсоров (хлорэфедрин, фенил-2-пропанон и другие), соединения фосфора и неорганические вещества (цинк, йод), а также добавки (глюкоза, крахмал, кофеин, магния сульфат и др.) [2].

Наиболее частыми последствиями хронического употребления «винта» являются тромбоз вен, тромбофлебит и посттромбофлебитический синдром, вызванные частым введением нестерильного раствора с высоким процентом токсичных примесей. Обращает на себя внимание характерный вид хронических потребителей «винта»: на лице и кожных покровах заметны свежие и уже зарубцевавшиеся фурункулы – токсический фурункулез, говорящий о наличии токсичных чужеродных агентов в крови потребителя «винта», что также связано с введением в венозную систему «грязного» раствора. Отличительной чертой токсического фурункулеза является невыраженность или полное отсутствие перифокального воспаления, рубцевание по типу струпа [17].

Гораздо более серьезные последствия для организма человека имеет употребление «джефа» и «болтушки» («мульки») – кустарных амфетаминов, приготовленных с применением перманганата калия из аптечных препаратов, содержащих эфедрин, псевдоэфедрин, фенилпропаноламин.

«Джеф» (*нарк. сленг*) – эфедрон, наркотик кустарного производства, приготовляемый из эфедринсодержащих аптечных препаратов (теофедрин, эфедрин гидрохлорид) [16, 18]. Препарат имеет и другие названия (*мулька, марцифаль*), характерные для лексикона лиц криминального круга.

«Болтушка» (*нарк. сленг*) – псевдоэфедрон или катинон, изготавливаемый в кустарных условиях из аптечных препаратов, содержащих псевдоэфедрин и фенилпропаноламин (Трайфед, Колдакт, Эффект, Фервекс). Легкая воспроизводимость рецептуры изготовления «болтушки» из препаратов от простуды привела к широкому ее распространению. Название препарата имеет синонимы: *«мулька», «болдафен»*.

Основной химической реакцией в получении «джефа» и «болтушки» является реакция окисления перманганатом калия в кислой среде эфедрина, псевдоэфедрина, норэфедрина.

№	Прекурсор	Используемый препарат, содержащий прекурсор	Синтезируемое психоактивное вещество
1	Эфедрин	Эфедрин гидрохлорид, теофедрин, препараты, содержащие эфедрин	Метамфетамин («винт», первитин)
			Меткатинон (эфедрон, «джеф»)
2	Псевдоэфедрин	Trifed и др.	Псевдометкатинон (псевдоэфедрон, «болтушка»)
3	Норэфедрин	Эффект, Coldact и др.	Катинон (норэфедрон, «болтушка»)

Таблица печатается по изданию: Кузьминов В. Н., Линский И. В., Назарчук А. Г. Особенности психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении различными психостимуляторами кустарного изготовления // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 1. – С. 190–192.

Соединения перманганата калия являются основной примесью в готовом растворе «джефа» и «болтушки». Марганец попадает в готовый раствор в процессе синтеза. Так как катинон, меткатинон, псевдометкатинон принципиально токсическими свойствами не отличаются, то возникновение частых осложнений от употребления «джефа» и «болтушки» специалисты связывают именно с наличием соединений марганца в конечном продукте, вводимом внутривенно [16, 20]. «Марганцевые» осложнения у потребителей «джефа» и «болтушки» проявляются выраженными неврологическими расстройствами (паркинсонизм, парезы, параличи). О серьезности возникающих расстройств свидетельствует приведенный ниже фрагмент интервью с Володей, волонтером проекта снижения вреда НПО «Закарпаття проти СНІДу» (Ужгород) [19]:

Володя. Сейчас много появилось «безбашенной» молодежи, которая мутит болтушку из Флюколда, «Эффекта», Фервекса, Колдакта. Бодяжат с марганцовкой и уксусом. Прет полчаса, зато проблем — на всю жизнь... Марганец в растворе имеется обязательно и попадает в кровь... Эту штуку у нас называют «крокодил», а этих отморожков «крокодилами»...

Интервьюер. А почему «крокодил»?

Володя. А потому, что эта дрянь («болтушка». — Прим. автора) ниже пояса тебе все откусывает. Сегодня ты еще ходишь, а через неделю уже ноги волочишь, как хвост. Потому и «крокодил»...

В рассказе Володи речь идет о параличе нижних конечностей — часто встречающемся осложнении у потребителей «джефа» и «болтушки». Марганец имеет свойство кумулироваться в ЦНС, в особенности в базальных ядрах, миелиновых нервных волокнах. Паралич — отсутствие произвольных движений — обусловлен поражением двигательных центров спинного и головного мозга, проводящих путей центральной и периферической нервной системы в результате токсического поражения соединениями марганца. Парез — ослабление произвольных движений — также распространенное расстройство, встречающееся у потребителей кустарных амфетаминов, связанное с кумуляцией марганца в нервной ткани.

Наряду с параличами и парезами у потребителей кустарных амфетаминов встречаются следующие расстройства, связанные с токсическим действием примесей марганца: марганцовокислая энцефалопатия, марганцовокислая нейропатия, пирамидные и экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм, хореоподобные расстройства), атаксия и др. [12, 15].

Таким образом, соединения марганца, составляя основной примесный профиль готовых растворов «джефа» и «болтушки», являются главным фактором вредного воздействия на нервную систему потребителя кустарных амфетаминов, вызывая вышеописанные расстройства.

Рекомендации по снижению вреда от примесей в кустарных инъекционных наркотиках

Основным советом для профилактики последствий, оказываемых примесями, содержащимися в кустарных инъекционных наркотиках, может быть только один: прекратить употребление инъекционных наркотиков, так как продолжение этой практики, наряду с усугублением наркозависимости, однозначно будет сопровождаться ухудшением состояния здоровья (переходом тромбофлебита в посттромбофлебитический синдром и т.п.). В данной связи при проведении социальной работы с ПИН рекомендуется проводить мотивационное консультирование, ориентирующее клиентов на переход к менее опасным формам употребления наркотиков (неинъекционное употребление), к участию в программах заместительной терапии, в программах реабилитации.

В таблице ниже приведены рекомендации для ПИН со стойко сформированной зависимостью от употребления инъекционных наркотиков,

не способных или не готовых в данный момент отказаться от их употребления.

Наркотик	Примесь	Вызываемое расстройство	Рекомендации по снижению вреда
«Ширка» (экстракт маковой соломки)	Пары ацетонсодержащих растворителей	Интоксикация парами ацетона при приготовлении раствора (как для потребителей наркотиков, так и для окружающих)	Приготовление раствора в условиях хорошей воздушной вытяжки. Проветривание помещений. Приготовление раствора вне жилой зоны.
		Тромбофлебит, ПТФС	См. димедрол.
		Токсический гепатит	Применение гепатопротекторов (карсил, эссенциале и т.п.). Перерывы в употреблении.
	Уксусный ангидрид	Флебит	Сокращение количества инъекций. Перерывы в употреблении. Применение венотоников и ангиопротекторов типа препарата «Троксевазин» (с лечебной и профилактической целью). Компрессы.
	Димедрол	Тромбофлебит, ПТФС	Отказ от использования димедрола. Пероральное употребление димедрола вместо добавления в раствор. Использование раствора сибазона (реланиума) вместо димедрола. Дополнительная очистка раствора. Сокращение количества инъекций. Прекращение (недопущение) инъекций в область паха (соустье паховой и бедренной вены). Антисептическая обработка кожи до и после укола. Своевременное консервативное и хирургическое лечение тромбофлебита и ПТФС.

«Винт» (кустарно приготовленный метамфетамин)	Бензин, едкий натр (едкий калий), соляная кислота	Интоксикация парами при приготовлении раствора (как для потребителей наркотиков, так и для окружающих)	См. «Ширка». Ацетонсодержащие растворители.
		Тромбофлебит. ПТФС	Сокращение количества инъекций. Перерывы в употреблении. Прекращение (недопущение) инъекций в область паха (соустье паховой и бедренной вены). Антисептическая обработка кожи до и после укола. Своевременное консервативное и хирургическое лечение тромбофлебита и ПТФС.
		Токсический гепатит	См. «ширка». Токсический гепатит.
		Токсический фурункулез	Перерывы в употреблении. Применение антибактериальных мазей. Хирургическая консультация (возможно, требуется назначение курса аутогемотрансфузии).
«Джеф», «болтушка» (псевдоэфедрон и катион кустарного приготовления)	Красный фосфор	Разрушение зубов, остеопороз, токсический гепатит, флебит	Витаминация. Перерывы в употреблении. Применение троксевазина (мазь) для профилактики и лечения флебита.
	Перманганат калия	Параличи, парезы, марганцовокислая энцефалопатия, марганцовокислая нейропатия, пирамидные и экстрапирамидные расстройства (паркинсонизм), атаксия, афазия, астазия-абазия	Отказ от употребления марганецсодержащих амфетаминов (употребление «винта» как альтернативы). В случаях невозможности отказа – тщательное приготовление раствора, дополнительная его очистка.

Неврологические осложнения употребления марганецсодержащих наркотиков являются необратимыми. В литературе не найдено свидетельств успешных случаев излечения марганцовокислых нейропатий и энцефалопатий, отсутствуют специфические схемы лечения и перспективные разработки. Автор данной статьи обладает только одним фактом улучшения состояния после марганцовокислого паралича: ПИН, 35 лет, парализованный вследствие употребления «джефа». В 1990 году путем усиленных занятий гимнастикой цигун в течение двух лет перевел паралич в парез, освоил ходьбу с опорой и частично восстановил речь.

В отношении потребителей «джефа» и «болтушки» необходимо выбирать тактику разъяснения и мотивации к отказу. Ввиду того что марганец является нейротропным ядом, снизить вред от употребления наркотиков, содержащих марганец, не представляется возможным. Следовательно, только мотивация к полному отказу от употребления «джефа» и «болтушки» может гарантировать потребителям инъекционных амфетаминов относительное здоровье. В случаях, когда ПИН упорно продолжает употребление марганецсодержащих наркотиков, несмотря на информирование о последствиях (это может быть связано с делинквентностью, умственной отсталостью потребителя), следует советовать проводить дополнительную очистку раствора и тщательно его готовить.

Масштабы употребления инъекционных наркотиков в Беларуси, Украине, России остаются высокими. По данным ЮНЭЙДС, в Украине около миллиона граждан являются хроническими или эпизодическими ПИН (по официальной статистике Украинской наркологической ассоциации, 560 тысяч ПИН). Экстраполяция этих данных на демографическую картину Беларуси и России дает цифру в 1–1,5% населения. Сложившаяся ситуация требует модернизации существующих подходов стратегии снижения вреда от употребления инъекционных наркотиков. Данная стратегия до сих пор ассоциируется с обменом шприцев и зачастую действительно им ограничивается. Мониторинг действующих проектов снижения вреда (работающих при поддержке МБФ «Международный альянс по ВИЧ/СПИД в Украине») свидетельствует о том, что профилактической программой в основном охвачены потребители инъекционных опиатов, в то время как потребители «винта» и «болтушки» составляют в лучшем случае 10%. Это говорит о необходимости разработки стратегии, направленной именно на эту группу, с учетом психологии потребителей инъекционных амфетаминов, с привлечением волонтеров из их среды.

Основной акцент в профилактических программах следует сделать на информирование и мотивационное консультирование. ПИН-клиент должен знать, какой конкретно вред несет ему тот или иной компонент употребляемого вещества. Социальный работник, предоставляющий эту информацию (устно или через информационно-образовательные материалы), должен также информировать ПИН об альтернативах, которые возможны в каждом конкретном случае: переход на менее опасное употребление (неинъекционная альтернатива), участие в программах заместительной терапии (для потребителей инъекционных опиатов), участие в

группах самопомощи, участие в реабилитационных программах. Речь идет о переходе ПИН из клиента сервиса низкого порога (чистые шприцы, дезинфектанты, медикаменты) в клиенты высокопороговых программ.

Несомненно, как компонент сервиса низкого порога должно существовать грамотное ситуационное консультирование: как приготовить менее токсичный раствор, как очищать раствор, как проводить антисептическую обработку кожи до и после инъекции, как правильно делать саму инъекцию, как (и какие) применять мази для лечения/профилактики осложнений и т.п. Для обеспечения перечисленного нужно организовать обучение социальных работников, привлекать волонтеров из среды ПИН, мотивировать ПИН к посещению групп самопомощи и электронных форумов, посвященных данной теме. Так, в сети Интернет действует ряд форумов, на которых потребитель наркотиков может получить совет по менее токсичному и более безопасному их приготовлению или употреблению — например, форум на сайте www.drugusers.ru.

Программы заместительной терапии могли бы также способствовать переходу наркозависимых ПИН к употреблению амбулаторных, гарантированно очищенных препаратов вместо грязных, кустарных, что могло бы существенно повлиять на улучшение социально-медицинской ситуации, связанной с употреблением наркотиков. Ведь когда наркозависимый человек перестает быть участником незаконного оборота наркотиков и переходит под попечительство программ заместительной терапии, он из преступника превращается в пациента и получает реальный шанс на выздоровление.

Проблема чистоты употребляемых наркотиков — очень серьезная проблема. Наркозависимый человек, если он сам не готовит себе препарат, вынужден обращаться к наркодилерам (на сленге — *барыга, пушер*). Покупка наркотика — это всегда покупка «кота в мешке»: никто на самом деле не знает, что он покупает под названием «ширка» или «винт». Примеси, содержащиеся в продажных уличных наркотиках, могут быть фатальными для потребителя. Частично решить эту проблему можно через проведение информационно-образовательной работы в среде ПИН. Дилеры и «варщики» также должны становиться клиентами информационно-образовательных программ, так как именно от них зависит, какой чистоты будет конечный продукт.

Потребители наркотиков должны знать все о вреде принимаемого вещества, что в значительной степени увеличит вероятность их осознанного выбора.

Библиография

1. Постановление Правительства РФ от 4 ноября 2006 г. № 644 «О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров».
2. Веселовская Н. В., Коваленко А. Е. Наркотики: Пособие для работников наркологических больниц, наркодиспансеров, химико-токсикологических и судебно-медицинских лабораторий). – М.: Триада-Х, 2000.
3. Кузьминов В. Н., Линский И. В., Назарчук А. Г. Особенности психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении различными психостимуляторами кустарного изготовления // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 1. – С. 190–192.
4. Данные поточного анкетирования потребителей инъекционных наркотиков – участников программы снижения вреда – 2002–2005. – Полтава: Полтавский областной благотворительный фонд «Общественное здоровье».
5. Петров В., Ревяко Т. Наркотики и яды: психоделики и токсические вещества, ядовитые животные и растения. – М.: ЭПТ, 1996.
6. Сленг потребителей наркотиков // Червона Стрічка, журнал для медицинских работников и СПИД-сервисных организаций, г. Харьков. – 2001. – № 2 (4).
7. Шаг за шагом: проблемы сообщества потребителей инъекционных наркотиков и пути их решения: Методические рекомендации / Под ред. Т. Дешко. – К.: Международный альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2004.
8. Рущенко И. П. Количественное измерение динамики и структурных характеристик процесса распространения наркотиков (методология, методика и результаты исследований) // Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. – Харьков: Торсинг, 2000. – С. 17–83.
9. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. – М., 1975. – 333 с.
10. Пятницкая И. Н. Наркомании. – М.: Медицина, 1994. – С. 212–301.
11. «Ширка» с точки зрения ангиохирургии: Интервью с хирургом А.Л. Боркуновым // Снижение вреда в Украине, Всеукраинская ассоциация снижения вреда. – Полтава, 2002. – С. 39–42.
12. Волошина Н. П., Тайшлин В. И., Линский И. В., Богданова И. В., Кузьминов В. Н. Психические и неврологические расстройства вследствие употребления психостимулятора кустарного изготовления, получаемого из препарата «Эффект» // Український вісник психоневрології. – 2000. – Т. 8, вип. 2. – С. 74–76.

13. Риторика и риск. Нарушения прав человека затрудняют борьбу с ВИЧ/СПИД в Украине // Human Rights Watch. – 2006. – Т.18 № 2(D).
14. Бурназян Г.А. / Психофармакотерапия. – М.: Просвещение, 2002.
15. Снисаренко А. С., Семенов В. Д., Рымарь, Цыганков Е. А. Особенности клиники и лечения первитиновых психозов // Архів психіатрії. – 2001. – № 4. – С. 150–154.
16. Сосин И. К., Линский И. В., Чуев Ю. Ф., Кузьминов В. Н., Жемчугова Н. И., Осипов А. А. Клиника, патогенез и лечение зависимости от психостимуляторов, получаемых путем кустарной модификации некоторых официальных препаратов, содержащих прекурсоры // Архів психіатрії. – 2001. – № 4. – С. 117–122.
17. Волик А.Н., Боркунов А.Л. Данные полевых наблюдений в работе с потребителями «винта» / Программа снижения вреда, Полтавский областной благотворительный фонд «Общественное здоровье».
18. Ширянов Баян. Низший пилотаж. – М.: Ad Marginem, 2001. – С. 62–66.
19. Моніторинговий візит до НУО «Закарпаття проти СНІДу» (04.06.2007) / МБФ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (експерт Волик Анатолій).
20. RECOMMEND METHODS FOR TESTING OPIUM/CRUDE MORPHINE. Manual for use by national narcotics laboratories. United Nations, New York, Division of Narcotic Drug. Vienna ST/NAR/11, 1987.

