

**Обзор печатных и иных доступных материалов
(Desk Review)
по наркоситуации в Республике Казахстан
с обоснованием потребности в опиоидной заместительной
терапии**

ПОДГОТОВИЛ
консультант UNODC **Сергей Дворяк**
Директор Украинского института исследований политики общественного здоровья

В рамках проекта Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC) **«Эффективная профилактика ВИЧ/СПИД среди уязвимых групп населения Центральной Азии и Азербайджана» (2006-2010)**

февраль 2009 г.

План обзора

Список сокращений.....	2
Резюме	3
1. Основные политико-демографические показатели	5
2. Законодательство и политика	6
3. Потребление опиатов и инъекционное поведение	9
4. ВИЧ/СПИД и другие медицинские последствия потребления наркотиков	11
5. Меры, принимаемые в ответ на проблемы, связанные с наркотиками	15
6. Профилактика в среде ПИН	18
7. Потребность в расширении ОЗТ.....	22
8. ОЗТ в тюрьмах	24
9. Выводы	25
Перечень использованных источников	27

Список сокращений

БППП	Болезни, передающиеся половым путем
ВААРТ	Высокоактивная антивирусная терапия
ВВП	Внутренний валовой продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДЭН	Дозорный эпиднадзор
ГФСТМ	Глобальный фонд борьбы со СПИД, туберкулёзом и малярией
ЖСБ	Женщины секс-бизнеса
ИПЧК	Инфекции, передающиеся через кровь
КМ	Кабинет Министров
ЛЖВС	Люди, живущие с ВИЧ/СПИД
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
МВД	Министерство внутренних дел
МЗ	Министерство здравоохранения
МЛС	Места лишения свободы
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ПАВ	Психоактивные вещества
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
РНПЦ МСПН	Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании г. Павлодар
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
EMCDDA	Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркотической зависимости
RAR	Rapid Assessment Response (быстрое описание ситуации и ответа)
UNAIDS	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД
UNODC	Управление ООН по наркотикам и преступности

Резюме

Потребление наркотиков в сочетании с распространением ВИЧ и заболеваемостью СПИД - составляет одну из главных проблем охраны общественного здоровья в Республике Казахстан. Согласно оценкам, (РНПЦ МСПН, 2008) сегодня в Казахстане более 100 тысяч лиц потребляют наркотики инъекционным путем.

На 1 января 2008 года в Казахстане распространенность ВИЧ-инфекции среди населения по данным обращаемости в медицинские организации составляла кумулятивно с момента начала регистрации 54,0 на 100 000 жителей. В абсолютных цифрах было зарегистрировано 9378 случая ВИЧ-инфекции, из которых 506 умерло от СПИДа

К настоящему времени в стране официально зарегистрировано 9938 ВИЧ-положительных лиц, в то время как по оценкам UNAIDS их численность в РК составляет около 16,5 тысяч. Большая их часть инфицировалась парентеральным путем при потреблении наркотиков. парентеральный путь инфицирования составил в 2007 году 63,6% (Данные ДЭН, 2007) наибольшая концентрация случаев ВИЧ-инфекции отмечается в городе Алматы, в Павлодарской, Карагандинской, Южно-Казахстанской, Костанайской областях (Национальный доклад UNGASS.2007).

В результате изучения распространенности ВИЧ-инфекции в уязвимых группах установлено, что в стране имеет место концентрированная стадия эпидемии. В среде ПИН распространенность ВИЧ инфекции составляет от 3,9% в целом по стране до 7,8% в Карагандинской области (ДЭН, 2007г.).

Цифры недвусмысленно демонстрируют, что двигателем эпидемии ВИЧ является потребление наркотических веществ.

Несмотря на то, что правительство и специализированные службы РК прикладывают значительные усилия для лечения наркозависимости и профилактики ВИЧ/СПИД в среде ПИН, при том, что расходуются большие средства, (202 тенге на одного жителя) рост эпидемии в среде ПИН остановить пока не удастся. По данным национальных экспертов эффективность лечения опиоидной зависимости остается невысокой (8-10%), что не может не вызывать обеспокоенность специалистов и людей ответственных за принятие решений.

В 2008 г. в РК были начаты пилотные проекты в двух городах Павлодаре и Темиртау (Карагандинской обл.) по проведению ОЗТ с использованием метадона. Несмотря на безусловно положительное значение этого факта следует отметить, что охват терапией 50 больных ни коим образом не может повлиять на эпидемическую ситуацию. Необходимо расширять возможности программ ОЗТ и обеспечивать все больший доступ к этому виду лечения нуждающимся ПИН. Мировой опыт показывает, что обеспеченность ОЗТ должна составлять порядка 20-60% от числа опиоид-зависимых для того, чтобы профилактические меры были действенными (EMCDDA. 2008). Последние рекомендации ВОЗ исходят из того, что 20% - низкий уровень охвата, 30% - средний и 40% - удовлетворительный. (WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide, 2009)

Хотя программы ОЗТ уже начали работать в РК, среди многих профессионалов и политиков сохраняется противоречивое отношение к этому лечению.

Главным из аргументов против метадона и заместительной терапии выступает тот, что "замещение" и "лечение" вступают в противоречие, или являются взаимно исключаящими концепциями. Но в рамках классической медицины терапия

поддержки фармакологическими средствами рассматривается как стандартная практика в лечении таких хронических заболеваний, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, депрессия и ряд других болезней. Во всем мире такой взгляд все чаще распространяется на лечение опиоидной зависимости (на сегодняшний день ОЗТ применяется в 160 странах). Назначаемый в соответствующих дозах метадон не вызывает эйфории, не дает седативного эффекта и не имеет негативного влияния на работоспособность, приобретенные навыки или умственные способности. Пациент, когда он стабилизирован, получая поддерживающую терапию метадоном, не становится в большей степени зависимым, чем больной диабетом от инсулина. Такие пациенты не нуждаются в уличных наркотиках из-за отсутствия синдрома отмены («ломки») и их жизнь, не сосредоточена на поисках и потреблении нелегальных наркотических веществ.

Вторым аргументом против метадона служит то, что "даже в странах, где заместительная терапия получила значительное распространение, ее результаты являются противоречивыми, и там также не существует консенсуса по данному вопросу". Действительно, почти в каждой стране, где сегодня успешно применяется ОЗТ, на начальных этапах существовали правовые и моральные препятствия. Долго велись интенсивные дискуссии в кругу профессионалов и в средствах массовой информации. И метадон, и бупренорфин, как любые другие препараты, могут иметь и позитивные и, потенциально, негативные последствия. Не у всех пациентов одинаковая реакция на эти медицинские препараты. Таким образом, всегда можно найти профессионалов, которые выступают против заместительной терапии независимо от наличия значительного массива доказательств ее эффективности для лечения опиоидной зависимости, уменьшения уровня преступности в общинах, для профилактики ВИЧ и других инфекций передающихся через кровь, а также для привлечения и удержания на высоко-активной антиретровирусной терапии (ВААРТ) ВИЧ инфицированных ПИН.

В качестве третьего аргумента «против» упоминают стоимость программ ОЗТ, которые предназначены для лиц, "сознательно избравших пагубный путь потребления наркотиков", и будут выполняться за счет других социально важных национальных программ. Но отношение к потребностям людей, имеющих проблемы с наркотиками, или к ЛЖВС, как к менее важным в сравнении с потребностями, скажем, людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями или больных диабетом не имеет оснований ни с этической точки зрения ни с позиции общественного здоровья. Не существенно в силу каких обстоятельств человек приобрел то или иное заболевание. Известно, что многие болезни во многом определяются отклонениями от здорового способа жизни. Это не может быть основанием для отказа пациенту в квалифицированной и научно обоснованной помощи. Кроме того, угроза генерализации ВИЧ инфекции в Казахстане коснется одинаково, как тех, кто употребляет наркотики, так и представителей общей популяции. Уже хотя бы потому, что на их плечи лягут все расходы по противодействию эпидемии и лечению больных СПИД. Угрозы эпидемии на нынешнем этапе таковы, что необходимо действовать решительно и быстро, с применением наиболее эффективных методик доказательной медицины, которые есть в нашем распоряжении, и к которым относится заместительная терапия опиоидной зависимости.

Серьезное состояние дел в отношении эпидемии ВИЧ в стране и анализ доказательной базы ОЗТ позволяет сделать вывод в пользу отсутствия

реальной альтернативы быстрому расширению заместительной терапии в Республике Казахстан.

1. Основные политико-демографические показатели

Республика Казахстан – республика с президентской формой правления.
Государственная граница – Российская Федерация, КНР, Узбекистан, Кыргызстан, Туркменистан.
Население - 15 млн. 571 тысяч. (2008)
Этнический состав - казахи 53,4%, русские 30%, украинцы 3,7%, узбеки 2,5%, немцы 2,4% другие 8% (1999)
Средний возраст - 29.3 лет; мужчины: 27,8 лет; женщины: 31.1 год
Смертность – 9,39 на 1000 населения
Продолжительность жизни - средняя 67.55 лет; мужчин - 62.24, женщин 73.16 (2008)
ВВП на душу населения - \$11,100
Численность ЛЖВ – 16,500 чел. (UNAIDS)
ЛЖВ в общей популяции – 0,2%
Процент ЛЖВ, инфицированных в результате инъекционного потребления наркотиков – 35%
Процент ВИЧ-позитивных среди ПИН – 3,9%
Численность ПИН – 100 тыс. чел.
Незаконные наркотики – выращивание каннабиса для рынков Западной Европы, ограниченные посевы опийного мака и эфедры; транзит наркотиков через южную границу из Юго-Западной Азии в Россию и на рынки Западной Европы; собственный высокий уровень потребления опиатов. (CIA, 2008)

2. Законодательство и политика в отношении наркотиков

Национальное законодательство в области контроля над наркотиками включает следующие документы:

- Указ Президента Республики Казахстан, которым утверждена Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы.
- Закон РК «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими» от 10 июля 1998 г. N 279.
- Уголовный кодекс Казахстана (от 16.07.1997) в корпус которого входят статьи (ст.259-266), предусматривающие уголовную ответственность за незаконную деятельность с наркотиками.
- Административный кодекс Казахстана от 01.01.2001. (ст.318-319)
- Закон Республики Казахстан от 27 мая 2002 года № 325-III «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией»
- Приказ агентства РК по делам здравоохранения от 19 декабря 2000 года № 820 «Об улучшении мер по обеспечению противодействия распространения наркомании»;

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июля 2002 года № 656 «О реализации Закона РК «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией»;

- Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 9 марта 2004 года № 228 «Об утверждении Положения об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков»;

- Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 18 июня 2004 года за № 637 «Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах, центрах, отделениях)»;

- Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2005 года, за № 609 «О внедрении заместительной терапии»;

Наиболее важным из перечисленных документов, с точки зрения обеспечения надлежащей медицинской помощи гражданам, страдающим от заболевания «расстройства психики и поведения, вызванные употреблением опиатов», является Закон «*О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия незаконному обороту*». Положения данного закона определяют возможность и условия организации лечения с применением агонистов опиоидов – опиоидной заместительной терапии (ОЗТ).

Настоящий Закон регулирует правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и устанавливает меры противодействия их незаконному обороту в целях оказания наркологической помощи и охраны здоровья граждан, общественной и государственной безопасности

В данном законе содержатся определения ключевых понятий **наркомания** - *заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества, либо их аналогов, приводящее к тяжелым нарушениям физических и психических функций организма*; **больной наркоманией (наркоман)** - *лицо, находящееся в состоянии физической и (или) психической зависимости от какого-либо наркотического средства, психотропного вещества или их аналога, которому в установленном порядке медицинским учреждением поставлен диагноз "наркомания"*; а также **добровольное и принудительное лечение от наркомании**.

Статья 2 Закона - *Классификация наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю* - в частности, предусматривает разделение всех наркотических и психотропных средств, а также прекурсоров на 4 списка (таблицы). Первый из которых включает вещества, которые запрещено использовать в медицинских целях, в отношении остальных предусмотрены меры контроля. Важно то, что законодатель отнес метадон и бупренорфин ко второму списку, т.е. они разрешены для применения в медицинской практике, но их оборот ограничен и находится под строгим контролем в соответствии с законодательством Республики Казахстан и международными Конвенциями ООН 1961, 1971 годов.

Статья 5 Закона гласит, что *Государственное регулирование оборота наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров и меры противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими осуществляются Правительством Республики Казахстан и уполномоченным*

государственным **органом** в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. Таким органом является **Государственная комиссия Республики Казахстан по контролю за наркотиками**. Очевидно, все решения, касающиеся организации ОЗТ в стране должны приниматься с участием этой структуры, поскольку к ее полномочиям отнесен п.4 «Содействие органам здравоохранения в рамках государственных программ по регулированию деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров и злоупотребления ими, в организации медико-социальной помощи лицам, больным наркоманией и токсикоманией, и обеспечении гарантии прав и свобод граждан при ее оказании»; а также п. 9 «Представляет Правительству нормы потребности Республики в наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах для утверждения международных квот для Республики Казахстан Международным комитетом ООН по контролю над наркотиками».

Статья 7, п.1 предусматривает, что «Все виды деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров на территории Республики Казахстан осуществляются юридическими лицами после получения лицензии на конкретный вид деятельности на срок до пяти лет, за исключением случаев, предусмотренных статьями 16, 17, 18, 19, 20 настоящего Закона».

Из этого следует, что для проведения ОЗТ ЛПУ, занятые в ее проведении, должны иметь государственную лицензию на работу с наркотическими веществами.

В статье 8 настоящего Закона сказано: «Государственная квота на наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, включенные в Список, - определяемый Правительством Республики Казахстан расчет потребности, в пределах которой осуществляется их оборот юридическими лицами, имеющими лицензии в соответствии с международными договорами Республики Казахстан». Т.е. для проведения ОЗТ необходимо прежде чем осуществить закупку препарата (метадон) подать в Правительство РК надлежащим образом оформленный запрос и получить государственную, а также международную квоту на его приобретение.

Статья 13 регламентирует применение наркотических средств в медицинских целях. В п. 1. сказано «Наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, подлежащие контролю в Республике Казахстан, могут использоваться в медицинских целях в порядке, установленном центральным исполнительным органом Республики Казахстан, осуществляющим руководство в области охраны здоровья граждан».

П. 3. гласит: «Применение в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, внесенных в Список (Таблицу) 2, осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами Республики Казахстан».

В главе 3 Закона излагаются нормы, касающиеся оказанию лечебной помощи лицам, у которых возникли медицинские проблемы, в связи с употреблением наркотиков.

Основные положения данного раздела:

- *лицо, незаконно употребляющее наркотики, подлежит медицинскому освидетельствованию;*
- *лицо, уклоняющееся от медицинского освидетельствования, подлежит приводу в медучреждение;*

- лицам, уклоняющимся от принудительного лечения, назначается принудительно лечение;
- медицинская помощь включает профилактику наркологических расстройств, обследование граждан, диагностику нарушений, лечение, уход, медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих наркологическими расстройствами; при этом «Медико-санитарная помощь больным наркоманией, токсикоманией гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина».
- Лицу, добровольно обратившемуся в наркологическое учреждение для прохождения курса лечения, обеспечивается по его просьбе анонимность лечения. Сведения о таком лечении могут быть предоставлены лишь органам внутренних дел и иным специальным государственным органам в случае привлечения этого лица к уголовной или административной ответственности.

Национальная стратегия в области контроля над наркотиками.

Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы была утверждена Указом Президента РК от 29 ноября 2005 года N 1678

Цели и задачи стратегии:

- 1) усиление антинаркотической пропаганды;
- 2) повышение эффективности мероприятий по профилактике, раннему выявлению, эффективному лечению и социальной реабилитации наркозависимых лиц;
- 3) укрепление межведомственного взаимодействия в борьбе с наркобизнесом;
- 4) расширение международного сотрудничества в борьбе с наркоманией и наркобизнесом;
- 5) укрепление материально-технического потенциала уполномоченных государственных органов, а также медицинских учреждений, специализирующихся на профилактике и лечении наркомании;
- 6) модернизация и эффективное научно-информационное сопровождение процесса реформирования и развития наркологической службы (подчеркнуто С.Д.);
- 7) совершенствование системы подготовки кадров и образовательных программ в области наркологии;
- 8) совершенствование законодательной базы, регулирующей антинаркотическую деятельность.

Стратегия включает в себя три основных направления:

- (1) снижение предложения на наркотики (пресечение незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров);
- (2) снижение спроса на наркотики (эффективная первичная и вторичная профилактики распространения наркозависимости);
- (3) **снижение вреда от инъекционного потребления наркотиков** (эффективная третичная профилактика наркозависимости и первичная профилактика распространения ВИЧ/СПИДа).

В перечень основных мер по достижению цели стратегии вошли наряду с другими и **лечение и социальная реабилитация лиц, злоупотребляющих наркотиками**. В частности, в отношении ПИН предполагается использовать «меры третично-профилактического направления по широкомасштабному внедрению в систему наркологической помощи Республики Казахстан разработанных программ третичной профилактики (снижение вреда) с охватом данными программами не менее 80 % от реально существующих инъекционных потребителей наркотиков и достижением перевода пятой части их в рамки полноценных лечебно-реабилитационных программ»;

Необходимо отметить, основной акцент в Программе делается на уменьшение предложения наркотиков (Drug supply) и на профилактику наркомании. В отношении оказания помощи лицам с проблемами, вызванными наркотиками, арсенал предлагаемых средств ориентирован в первую очередь на полный отказ от наркотиков с помощью психологических и психотерапевтических методов и не включает широко используемых в мире в последние годы стратегий снижения вреда и, в частности, ОЗТ, которая считается самым эффективным методом лечения опиоидной зависимости (Совместная позиция ВОЗ/UNODC/ЮНЭЙДС, 2004).

Программа предусматривает развитие центров лечения и реабилитации, в которых терапевтические действия направлены на полное воздержание от наркотиков. Также запланировано улучшение качества подготовки врачей наркологов, но лишь в отношении реабилитации и тех методов лечения, которые ориентированы на достижение абстиненции.

Следует отметить, что планы по расширению программ реабилитации в РК не учитывают их относительно низкую эффективность и высокую стоимость. Не принимаются во внимание опыт других стран, в частности тех, где удалось добиться значительного снижения показателей ВИЧ-инфицирования в среде ПИН и рекомендации ВОЗ и ЮНЭЙДС относительно первоочередных задач для стран, где эпидемия развивается преимущественно за счет инъекционного потребления. Данные рекомендации основаны на серьезных исследованиях и базируются в первую очередь на эпидемиологических данных (Martin C. Donoghoe, 2006).

3. Потребление опиатов и инъекционное поведение

Согласно данным РНПЦ МСПН и экспертов UNODC – в Казахстане проживает около 100 тыс. ПИН

На диспансерном учете по данным наркологической службы находится 55 тыс. больных наркозависимостью. Большинство из них (90%) потребляют героин инъекционно (РНПЦ МСПН, Аналитический отчет. 2008).

Данные опорных показателей на национальном уровне позволили оценить распространённость проблемной наркомании на национальном уровне с помощью косвенных методов оценки: в РК распространённость опиоидной наркозависимости - 103 000 человек, из них ПИН - 100 000 человек.

Численность ПИН по данным, полученным в ходе быстрой оценки ситуации (БОС), проведенной специалистами ОГЦ СПИД в 2007 году, составила по республике 128 800 человек. (Обзор эпидемиологической ситуации. 2007)

По данным проведенных исследований (РНПЦ МСПН, 2008)

- около 80% ПИН обращались за помощью в государственные ЛПУ.
- Примерно 50% ПИН выражали желание пройти лечение, но не получили доступа.
- Обращение к аутричработникам не более 3%
- Пунктами доверия пользуется только 16% респондентов.
- Каждый третий ПИН арестовывался за преступления, связанные с наркотиком (ПСН).
- Распространенность ВИЧ по данным ДЭН - ~4%
- Финансирование на леченного в стационаре ~\$500
- На каждого жителя \$1,7
- Примерно 30% контингента ПИН получают лечение принудительно.
- Для прохождения реабилитации имеется 585 мест в реабилитационных центрах Казахстана.
- При этом эффективность лечения колеблется от 3 до 12 %

В 2007 г. 9,5% (2006г.- 9,8%) ЖСБ употребляли инъекционные наркотики в течение последних 12 месяцев.

При анализе наркологической заболеваемости (F11 - F19), связанной с употреблением наркотиков в Республике Казахстан, по годовым отчетам 2007 года, можно отметить, что по всем группам в среднем произошло снижение первичной заболеваемости с 70,2 до 65,0 на 100 тысяч населения.

В то же время отмечается: в некоторых регионах произошёл относительный рост первичной заболеваемости: в Астане с 105,5 до 128,0 на 100 тысяч населения, в Павлодарской области с 134,1 до 165,7 на 100 тысяч населения.

Эти данные трудно интерпретировать однозначно. Возможно статистические показатели отражают не столько реальную заболеваемость, сколько выявляемость. Есть основания предполагать, что лица, страдающие наркозависимостью, со временем перестают обращаться за наркологической помощью, во-первых, из-за дискриминационной практики постановки на диспансерный учет (что влечет за собой невозможность получить водительское удостоверение, связано с ограничениями в выборе работы и т.п.), а во-вторых, из-за низкой эффективности терапевтических мероприятий (8-12%), ориентированных на полный отказ от наркотиков. Это особенно относится к тем, чей стаж потребления наркотиков превышает 10 лет.

Наиболее распространенными ПАВ, являющимися причиной обращения за стационарной медицинской помощью, являются наркотики опийного ряда. Перед госпитализацией основная масса наркопотребителей использовала наркотики ежедневно.

Среди опиатной группы стационарных пациентов наиболее часто встречается стаж употребления наркотиков до 1 года, затем - семь, десять лет, с постепенным снижением.

Среди ПИН значительный процент составляют женщины – примерно $\frac{1}{4}$. Чаше отмечается повторная госпитализация в течение одного года, чаще встречается

стаж употребления более 2 лет. Более 43% ПИН, получивших лечение имеют вирусные заболевания.

Значительная группа респондентов ПИН отметила в числе источников дохода воровство - 15,3%; 6,3% опрошиваемых лиц признали, что проституция является для них основным источником дохода.

Наиболее употребляемым инъекционным способом наркотиком является героин - 70%, на втором месте опиой - 23,1%; другие опиаты - 1,2%. В сумме ПИНов, употребляющих опиаты, - 94,4%.

Впервые выявленные наркологические больные (Incidence)

Официально зарегистрированная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ (F11- 19), по Республике Казахстан несколько уменьшилась в 2007 году, по сравнению с 2006 годом, - с 70,2 в 2006 до 65,0 на 100 тысяч человек. Высокие показатели заболеваемости сохраняются в городах. Алматы, Астана, в Павлодарской области (145,7; 128,0; 165,7 на 100 тыс. соответственно).

Вполне возможно, что относительно высокие показатели в данных городах и областях связаны в первую очередь с лучшей выявляемостью и наличной инфраструктурой, а не с тем фактом, что в остальных областях страны заболеваемость ниже.

Состояло наркологических больных на диспансерном учете (Prevalence)

Распространенность (болезненность) в целом по стране снизилась в 2007 г. с 360,4 (2006г.) до 359,2 на 100 тысяч человек

По данным эпидемиологического исследования (РНПЦ МСПН, 2008) среди опрошенных респондентов на учёте в наркологических организациях состояло только 37,6%.

Если считать что на наркологическом учете находятся 55 тысяч, и они составляют около 35-40% (округленные данные от тех, что получены в результате РНПЦ МСПН) от общей численности наркопотребителей, то весь контингент соответственно мог бы составить порядка 137-157 тыс. С другой стороны, в том же исследовании показано: более половины ПИН (58,1%) употребляет инъекционно наркотик в последние 6 месяцев ежедневно. Среди женщин ежедневное употребление наркотика встречается чаще (59,8%), чем среди мужчин (57,6%).

Чтобы определить численность активных ПИН в РК мы возьмем за исходные данные показатель в 55 тыс (число находящихся на диспансерном учете в наркологической службе Казахстана) выделим из него 58%, т.е. тех, кто является активным потребителем в настоящее время (31 900 человек) и учтем, что эти лица составляют около 35% от всего числа потребителей, то мы получим приблизительно 91 142 человек. Таким образом, можно сделать с определенной степенью уверенности вывод: в Казахстане потребляют систематически опиаты и страдают синдромом зависимости приблизительно 90 тыс человек. Можно считать, что около 90% этого числа, т.е. **81 тыс** потребляют опиаты инъекционно. (Согласно официальной статистике, 85-90% от всех потребителей опиатов принимают их инъекционным путем).

4. ВИЧ/СПИД и другие медицинские последствия потребления наркотиков

С 2005 года в стране было отмечено резкое увеличение прироста новых случаев ВИЧ-инфекции. В 2005 году новых случаев было зарегистрировано - 887, в 2006 году - 1745, в 2007 году - 1979. Показатель на 100 тысяч населения увеличился в 2 раза с 6,32 в 2005 году до 12,9 в 2007 году (2006 год - 11,38). В 2007 году отмечен рост новых случаев ВИЧ-инфекции по сравнению с 2006 на 13%. В ряде регионов республики отмечается рост показателя распространенности на 100 тысяч населения в 2 - 5 раз (Северо-Казахстанская область, Акмолинская, Атырауская области и город Астана). Распространенность на 1 января 2008 года в РК составляла 9379 ВИЧ - инфицированных, а на 01.01. 2009 года зарегистрировано 11 709 ВИЧ-позитивных и 815 больных СПИД.

Судя по выводам, сделанным в отчете UNGASS (2008), рост числа ВИЧ-позитивных лиц в значительной мере обусловлен улучшением диагностики, и пока рано делать окончательные выводы относительно того, сколько же на самом деле людей с ВИЧ живет в стране, поскольку выявлена только их некоторая часть.

Ситуация по распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН неравномерная и варьирует от 0% до 19,3% в разных городах Казахстана. Распространенность ВИЧ устойчиво превышает 5% в таких городах как г.Темиртау (19,3%), Усть-Каменогорск (9,3), Павлодар (8%), Костанай (7,5%), Тараз (5,6%). Значительно ниже этот показатель в Кокшетау - 0,7% (2006 - 0,4%), Актобе - 0,7% (2006г. - 2,7%) и Астане - 0,6% (2006 - 0,6%). Нулевые показатели распространенности ВИЧ - инфекции в 2007 году наблюдались в городах Кызылорда (2006 - 0,4%), Актау (2006 - 0,5%), Атырау (2006 - 0%) и Экибастуз. В сравнении с 2006 годом отмечается рост распространенности ВИЧ в Усть-Каменогорске в 5 раз (2006-2%, 2007-9,3%), Таразе в 4,4 раза (2006-1,3%, 2007-5,6%), Петропавловске в 3 раза (2006-0,5%, 2007-1,5%), Костаная в 1.6 раза (2006-4,6%, 2007-7,5%).

Продолжает сохраняться актуальность внутривенного пути передачи ВИЧ при приеме наркотиков, который составляет, по сравнению с другими путями передачи, 60-70%.

Соотношение мужчин и женщин среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц составляет три к одному, новые случаи ВИЧ-инфекции преимущественно регистрируются среди городских жителей (80%)¹. Распределение случаев по путям передачи показывает, что в 2007 году преимущественным путем передачи ВИЧ-инфекции сохранялся парентеральный (72,8%). (Обзор эпидемиологической ситуации, 2007)

В результате изучения распространенности ВИЧ-инфекции в уязвимых группах установлено, что в стране имеет место концентрированная стадия эпидемии. Средневзвешенный показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН в 2007 году составил - 3,9% (2005 - 3,4%, 2006 - 3,4%); среди РС, МСМ и больных ИППП распространенность ВИЧ- инфекции находится на уровне 2005-2006гг., что говорит о стабильном уровне распространенности ВИЧ инфекции с незначительным ростом в популяции ПИН. Ситуация по распространенности ВИЧ по республике неравномерная. Распространенность среди ПИН в Карагандинской области - 7,8%, Костанайской области - 7,5%, Жамбылской - 5,7%, т.е. устойчиво

¹ Доля городских жителей в Казахстане составляет около 60%.

превышает 5%. Распространенность ВИЧ-инфекции среди СР в г. Павлодаре – 7,0%, ЮКО - 6,8% т.е. более чем в 3 раза выше средне республиканского показателя. Наряду с внутренними факторами распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа, Казахстан испытывает на себе давление внешних факторов, обусловленных сложной эпидемиологической ситуацией в сопредельных государствах.

Потребление инъекционных наркотиков по-прежнему является основным фактором передачи ВИЧ-инфекции в стране. В структуре выявленных случаев ВИЧ-инфекции потребители инъекционных наркотиков (ПИН) составляют – 73%. Согласно оценочным данным в республике имеется около 129 000 ПИН. В 2007 году распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН по данным ДЭН варьировала от 3,4% до 4,5%, составляя в среднем 3,9%. По данным официальной статистики в настоящее время в стране зарегистрировано 6821 ВИЧ позитивных ПИН (UNGAS. 2008).

В 2007 году по данным регистрации доля беременных с ВИЧ в общей структуре зарегистрированных случаев составила 6,7% (695). В стране родилось 457 детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Диагноз ВИЧ-инфекции установлен у 29 детей, у 232 детей результат – отрицательный, умерло -24 ребенка. ВИЧ-статус у 153 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, окончательно не определен в связи с незаконченными сроками наблюдения.

По сравнению с 2006 годом увеличилась в 2,4 раза распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных (ДЭН, 2009г) с 1% до 2,4% в 2008 год. Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных в городах Казахстана составляет 0%, что говорит о том, что на сегодняшний день основным путем передачи ВИЧ остается парентеральный, при употреблении инъекционных наркотиков, а не половой.

Использование общего инструмента для инъекций: 21% ПИН пользуются нестерильными шприцами с разной степенью частоты, 20,6% ПИН разрешают пользоваться шприцем после инъекции себе другому ПИН. Не пользовались во время последнего сексуального контакта презервативом 53,3% респондентов (ДЭН, 2008).

На фоне увеличения охвата нуждающихся антиретровирусной терапией с 326 человек - в 2006г. до 442 – в 2007 году число умерших от СПИДа уменьшилось незначительно по сравнению с прошлым годом (за 2007г. - 107 больных, 2006 - 119). Это объясняется тем, что не обеспечивается надлежащий охват лечением, всего 61% от общего числа нуждающихся; причина – в сложности популяции, до 80% находящихся на лечении - ПИН и, соответственно, они демонстрируют низкую приверженность лечению. Внедрение ОЗТ в надлежащем объеме может изменить данное положение и обеспечить приверженность к ВААРТ для ПИН.

Употребление наркотиков ведет не только к повышению риска заболеваемости ИПЧК. Проблемы со здоровьем из-за наркотиков отметили 61,5% респондентов ПИН; имели проблемы с семьей - 68,9% респондентов, с друзьями - 31,3%, с учебой/работой - 39,9%, с законом/полицией - 30,9%. Наибольшие проблемы причиняет героин (81,4% респондентов).

Ухудшается ситуация в учреждениях системы УИС, где отмечено увеличение числа заражений ВИЧ-инфекцией внутри исправительных учреждений и следственных изоляторов. Число инфицированных гепатитом С среди осужденных по результатам ДЭН 2007 года увеличилось по сравнению с прошлым годом с 40% до 43%. Необходимо констатировать, что кроме инъекционного пути инфицирования, отмечен в МЛС половой (гомосексуальный) путь передачи ВИЧ.

На фоне увеличения охвата нуждающихся антиретровирусной терапией с 326 человек - в 2006г. до 442 – в 2007 году число умерших от СПИДа уменьшилось незначительно по сравнению с прошлым годом (за 2007г.-107 больных, 2006 - 119). Это объясняется тем, что не обеспечивается надлежащий охват лечением, всего 61% от общего числа нуждающихся;

Локальные вспышки заболеваемости ВИЧ отмечены в СИ-1 г. Алматы, в учреждении АК 159/28 Карагандинской области и 12-в ГМ 172/1 Мангистауской области.

Таким образом, потребление инъекционных наркотиков остается движущей силой эпидемии ВИЧ/СПИДа в Казахстане. Вероятность обнаружения ВИЧ-инфекции у ПИН почти на два порядка выше, чем у тех, кто не вводит себе наркотики. (Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИДу, 2007)

Безусловно распространение ВИЧ в среде ПИН является наиболее серьезной проблемой общественного здоровья, но нельзя также забывать и об эпидемии вирусных гепатитов. Так, по данным эпидемиологического обзора (2007), распространенность гепатита С составила 65,7%. Если учесть, что примерно 5% всех инфицированных этим вирусом нуждается в лечении, а стоимость одного курса терапии составляет 20-30 тыс. долларов США, то можно представить какие расходы в скором времени будет нести общество в связи с таким количеством больных. Если в качестве исходной цифры взять 80 тыс. активных ПИН, то 65% составит – 52 тыс. Пять процентов от этого числа составит 2 600. Таким образом расходы на лечение гепатита С могут составить уже в ближайшее время порядка 2 600 x \$20 000= 52 млн. долларов США.

В стране принята и выполняется ***Государственная Программа по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010 гг.***

В Программе предусмотрены следующие виды деятельности:

- *Подготовка специалистов для работы по предупреждению передачи ВИЧ через инъекционное введение наркотиков.*
- *Раннее выявление и реабилитация лиц, с высоким риском возможности потребления наркотиков.*
- *Добровольное и анонимное консультирование, лечение и реабилитация наркоманов.*
- *Обследование наркоманов на ВИЧ/СПИД/БППП.*
- *Обучение волонтеров из числа потребителей инъекционных наркотиков методом «Равный –равному» профилактике ВИЧ/СПИД/БППП.*
- *Выпуск и распространение санитарно-просветительных материалов по профилактике наркомании, ВИЧ/СПИД/БППП.*

Необходима координация и сотрудничество между программами профилактики наркомании и ВИЧ/СПИД/БППП. Кроме того, следует принять во внимание, что внедрение и распространение ОЗТ является важным сдерживающим фактором для эпидемии, когда она развивается преимущественно за счет ПИН. Тем более это важно в РК, где подавляющее большинство наркопотребителей принимают опиоиды.

5. Меры, принимаемые в ответ на проблемы, связанные с наркотиками. Лечение наркомании.

В Казахстане под лечением больных с синдромом наркотической зависимости от опиоидов подразумевается проведение медикаментозной терапии синдрома отмены, включая детоксикацию, сенсibiliзирующую терапию и комплексную психотерапию. Лечение может быть амбулаторным и стационарным. Лечение наркотической зависимости входит в “гарантированный объем медицинской помощи” и предоставляется бесплатно. Естественно, «бесплатное» лечение оплачивается обществом – государственными и коммунальными фондами. Лечение наркотической зависимости могут осуществлять любые лечебные организации, имеющие лицензию на этот вид деятельности, независимо от форм собственности.

РНЦ МСПН проводил 3 тематических эпидемиологических исследования при поддержке Управления ООН по наркотикам и преступности (2005-2007г) в 6 городах Казахстана с выборкой из 1200 потребителей наркотиков. Ниже приводятся результаты этих исследований.

Получали лечение по поводу употребления наркотиков 48,9% респондентов. Средний возраст первого лечения по поводу употребления наркотиков составляет 24,4 года. В среднем, на одного респондента пришлось 3,4 случая лечения. Чаще всего респонденты лечились в государственных наркологических ЛПО (76,7% от числа всех лечившихся), на втором месте по частоте указывания частные наркологические клиники - 26,4%, на третьем месте стоит лечение в до-машних условиях - 19,2%; принудительно лечились - 9,8%, в тюрьме - 2,3%, в лечебных центрах при НПО - 7,2%.

В целом по РК количество пациентов прошедших лечение в 2007 г. в государственных организациях наркологической службы уменьшилось, по сравнению с прошлым годом, на 88 человек.

По поводу употребления опиоидов получали лечение 577 человек или 48,1% от числа всех респондентов. Средний возраст первого лечения составляет 23,7 лет. Первое обращение за лечением с начала употребления опиоидов было в период от двух (1,7) месяцев до 3,5 лет; первое обращение за лечением с начала употребления опиоидов инъекционным способом было в период от двух (1,7) месяцев до 3,3 лет. В последний год лечение по поводу употребления опиоидов получали, в среднем, по 1,5 раза, средний срок лечения составляет от 4 (4,16) месяцев до 21 (20,5) дня.

Чаще всего в последние 12 месяцев респонденты лечились в государственных наркологических ЛПО (80,3% от всех лечившихся). На втором месте по частоте пользования находятся частные наркологические клиники – 10,9%, на третьем месте стоит лечение в домашних условиях – 10%, принудительно лечились – 4,2%, лечились в тюрьме – 1,2%, в лечебных центрах при НПО – 5,4%. Длительность лечения, в среднем, составляла 18,6 дня. В последний раз лечение представляло

собой детоксикацию в 88,4% случаев, психотерапию – в 47,6%, социальную реабилитацию – в 15,9%, тренинг по профилактике срыва – 18,3%, группы взаимопомощи – 9,5%, заместительная терапия – 7,1%. Средний срок продолжительности последнего лечения составляет 29,6 дня.

Таблица №1 *

Количество лиц, прошедших в 2006 году лечение по поводу наркомании и токсикомании

Регион	Поступило больных	Из них впервые в данном году	Выбыло больных	Число койко-дней, проведенных выбывшими больными
Республика Казахстан	9703	7055	9816	332501
РНПЦ МСПН	1006	180	1001	35927
г. Астана	770	634	783	21541
г. Алматы	1485	1381	1521	46214
Акмолинская область	154	138	160	3593
Актюбинская область	330	254	322	10486
Алматинская область	181	61	202	2225
Атырауская область	84	38	91	3195
Восточно-Казахстанская область	1212	965	1205	28032
Жамбылская область	373	358	391	13674
Западно-Казахстанская область	455	215	463	12137
Карагандинская область	1039	977	1020	51866
Костанайская область	506	478	530	24174
Кызылординская область	377	215	374	15556
Мангистауская область	322	272	297	10602
Павлодарская область	606	497	632	19510
Северо-Казахстанская область	245	170	245	8968

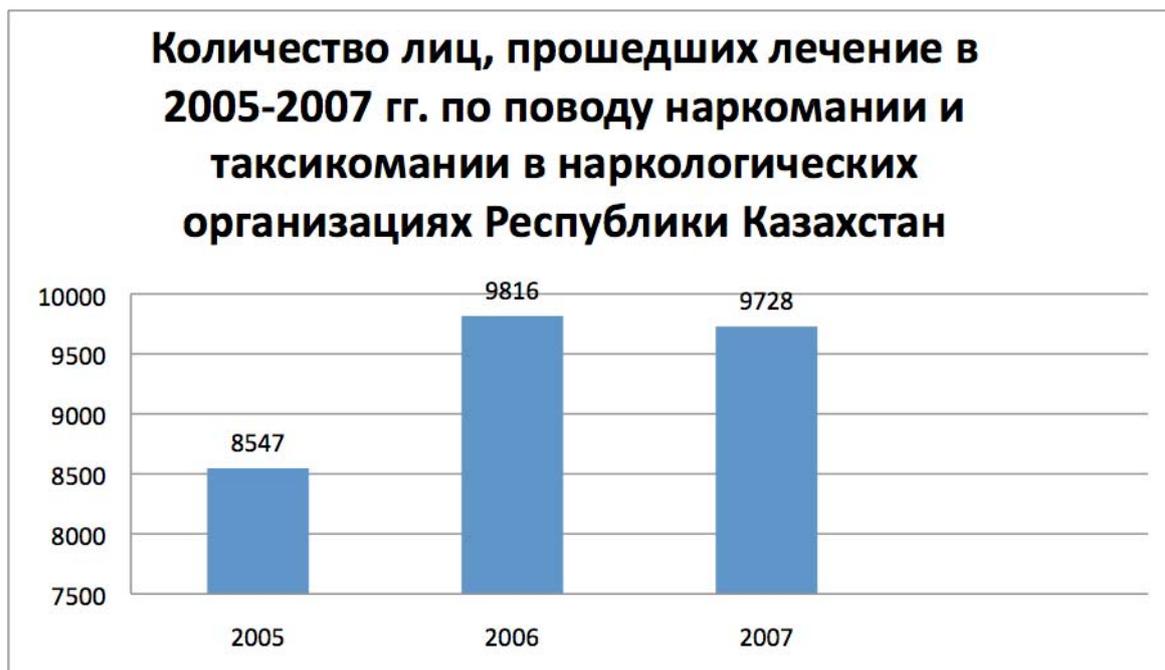
* Данные РНПЦ МСПН

Южно-Казахстанская область	558	222	579	24801
----------------------------	-----	-----	-----	-------

Таблица №2 *Количество лиц, прошедших в 2007 году лечение по поводу наркомании и токсикомании*

Регион	Поступило больных	Из них впервые в данном году	Выбыло больных	Число койко-дней, проведенных выбывшими больными
Республика Казахстан	9852	6818	9728	306750
РНПЦ МСПН	994	162	980	32702
г. Астана	957	423	947	16414
г. Алматы	1773	1580	1753	52994
Акмолинская область	144	123	137	5364
Актюбинская область	240	164	251	9525
Алматинская область	164	157	160	1746
Атырауская область	98	50	96	3162
Восточно-Казахстанская область	1132	902	1131	26277
Жамбылская область	295	253	296	11065
Западно-Казахстанская область	397	368	400	7827
Карагандинская область	1002	909	1023	46042
Костанайская область	560	481	407	19778
Кызылординская область	404	232	537	16208
Мангистауская область	261	206	280	12584
Павлодарская область	476	357	473	12924
Северо-Казахстанская область	296	226	267	10616
Южно-Казахстанская область	659	225	590	21522

График 1



Обеспеченность врачами наркологами составляет 0,4 на 10 тысяч населения.

По имеющимся данным для лечения наиболее широко используется модель стационарного лечения с полным обеспечением пациента и круглосуточным наблюдением. Основную нагрузку при этом несут врачи. Если учесть, стоимость содержания пациентов в стационаре, затраты на врачебный и средний медперсонал стоимость медикаментов, то можно сделать вывод, что общество несет значительную экономическую нагрузку. По самым приблизительным расчетам содержание пациента в стационаре обходится не менее 500 долл. США в месяц.

Анализируя показатель ремиссии среди наркопотребителей на 100 наблюдаемых пациентов за 2005 - 2007 годы следует отметить, что по РК показатели ремиссий от 1 до 2 лет варьируется от 8,3 до 9,4, а свыше 2-лет - от 5,6 до 6,5 на 100 наблюдаемых.

6. Профилактика в среде ПИН

Профилактические меры, направленные на снижение риска заболевания ВИЧ/СПИД и других ИПЧК в среде ПИН доказали свою эффективность. Крупномасштабные профилактические программы показали практически во всех социо-культурных ситуациях, что распространение ВИЧ-инфекции можно уменьшить, особенно среди молодежи. В Азии, Австралии, Европе, Латинской Америке и странах Карибского бассейна, в Северной Америке и в странах Африки к югу от Сахары имеется множество доказательств тому, что заболеваемость ВИЧ снижается в тех группах, у которых есть доступ к эффективным профилактическим программам. Систематизация и распространение этого успешного опыта позволяет рассчитывать, что страны, который сейчас находятся только на пороге полномасштабной эпидемии, используя имеющийся опыт могут в значительной степени минимизировать влияние эпидемии.

В последнее полугодие 2007 г. ПИН обращались в пункты доверия (ПД), в среднем, 10,7 раза, в основном - для обмена шприцев (82,3% от всех обратившихся в ПД). При этом двое из трех обратившихся респондентов получали информационный материал по профилактике ВИЧ, каждый второй – направление на тестирование на ВИЧ, каждый третий - презервативы, каждый пятый – тестирование на гепатиты В и С, каждый десятый – дезинфицирующие растворы, тестирование на наличие ИППП, консультации по предупреждению передозировок, направления на лечение и консультацию других специалистов.

В эндемических ситуациях, характеризующихся низкой распространенностью, - а именно такая ситуация сегодня пока еще наблюдается в Казахстане - группы населения, подверженные наиболее высокому риску инфицирования, могут включать: работников секс-бизнеса и их клиентов; потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров; мужчин, вступающих в половые сношения с мужчинами; мужчин и женщин, которые по роду деятельности отделены от своих общин, таких как транзитные и мигрирующие работники и военные, также лица в местах лишения свободы. Стратегии, направленные на удовлетворение потребностей этих групп населения должны стать приоритетными. В сообществах с относительно небольшим числом людей, живущих с ВИЧ/СПИД, стратегии ухода и поддержки требуют меньших финансовых затрат. Стратегии ухода и поддержки создают стимулы для раннего выявления и снижения числа случаев стигматизации в связи с ВИЧ, способствуя, таким образом, усилению профилактических мер (The Global Strategy Framework, 2001).

Одним из факторов, способствующих повышению вероятности эпидемии, является традиционная закрытость группы ПИН от общества, их изолированность. Кроме того законодательство, стоящее на принципах zero tolerance*, хотя и не предусматривает преследование людей в уголовном порядке за употребление наркотиков, довольно жестко наказывает за все прочие действия, связанные с наркоактивностью, т.е. хранение, продажу, владение и даже инъекционное введение наркотика другому лицу (Закон РК «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту»). Количества наркотиков, достаточные для того, чтобы начать уголовное преследование представлены в таблице 4.

На основании многочисленных исследований ВОЗ сформулировал основные принципы работы с ПИН. С целью профилактики ВИЧ/СПИД необходимо обеспечить информирование, аутрич работу, свободный доступ к медицинским и социальным услугам для ПИН, сделать максимально доступным стерильное оборудование и организовать для зависимых пациентов опиоидную заместительную терапию (Principles for preventing HIV infection. 1998).

Нет доказательств, что уголовное преследование наркопотребителей позволяет снизить численность ПИН. Когда полиция предпринимает активные репрессивные меры в отношении ПИН это ведет скорее к тому, что испытывая страх перед возможным наказанием, они стремятся использовать добытый наркотик, как можно скорее и потому делают инъекции в самых неподходящих условиях (в подъездах домов, в подвалах, непосредственно в местах его приобретения), нисколько не заботясь о стерильности инструментария и не имея возможности получить новый неиспользованный шприц.

* полное неприятие употребления наркотиков, т.н. нулевая толерантность

Табл. 4 Граничные размеры наркотических веществ, за оборот которых наступает уголовная ответственность

Страна	Вещество			
	Героин			
	Предел количества достаточного для личного употребления		Предел количества достаточного для крупного размера	
Азербайджан	0, 15 г.		2 г.	
Казахстан	Небольшие От ... и до ...	Крупные От ... и до ...	Особо крупные От ... и выше ..	
	0 – 0,01 г.	0,01 - 1,0 г.	1,0 г.	
Таджикистан	Мелкие Свыше...до	Небольшие Свыше ... до	Круп-ные Свыше. ..до	Особо круп-ные Свыше
	0,5 -10 г.	10 - 100 г.	100 - 1000 г.	1000 г.
Узбекистан	Небольшие	Превышающие небольшие Свыше... до	Крупные свыше	
	нет	0,001 -0,005 г.	0,005 г.	
Туркменистан	Небольшие	Крупные От ... и до ...	Особо крупные От ... и выше ...	
	0,025-5,0 г	5,0 - 50,0 г.	50,0 г.	

Жесткая национальная политика в отношении потребителей наркотиков отрицательно сказывается на развитии программ СВ. В частности, в Казахстане, не используются обмен шприцов и распространение презервативов среди ПИН в пенитенциарных учреждениях.

Данные, полученные в результате исследований, показывают, что применение программ ОЗТ позволяет значительно снизить рискованное поведение и таким образом сдерживать эпидемию ВИЧ/СПИД среди ПИН. Подтверждением этого тезиса служит тот факт, что в большинстве стран Западной Европы, США, Канады и Австралии, где давно применяются стратегии снижения вреда, включая ОЗТ, заболеваемость ВИЧ/СПИД среди ПИН не превышает 12%, в то время, как в странах бывшего СССР, где данные подходы стали применяться только недавно и в ограниченном масштабе, а в некоторых не применяются до сих пор, заболеваемость в этой группе колеблется в диапазоне 40-85% (Martin C. Donoghoe, 2006).

Существенным фактором, влияющим на рост числа инфицированных ВИЧ/СПИД и гепатитами ПИН, является стигма и дискриминация в отношении потребителей наркотиков (в частности, по существующему законодательству ВИЧ/СПИД относится к социально опасным заболеваниям). В Казахстане на уровне руководящих документов считается необходимым формировать отрицательное отношение к потреблению наркотиков), но практически такое отношение зачастую переносится с поведения на личность, практикующую это поведение (ПИН=криминальная личность), что приводит к криминализации большинства

ПИН. В частности, в стране распространено принудительное лечение, и многие потребители попадают в тюрьму даже если они хранят наркотики без цели сбыта, т.е. для личных нужд. Все эти обстоятельства способствуют тому, что потребители наркотиков загоняются в подполье, доступ к ним затруднен как для медицинских, так и для социальных служб, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на эпидемической ситуации.

Потребление наркотиков в тюрьмах

Число потребителей наркотиков, находящихся в местах лишения свободы, равно примерно 30 000 ПИН (ДЭН, 2007). Общее число ПИН, включая лиц, содержащихся в местах лишения свободы, составляет 160 тысяч человек. То есть каждый пятый ПИН находится в заключении. (Обзор эпидемиологической ситуации. 2007)

Преступность в РК, связанная с потреблением наркотиков хотя имеет некоторую тенденцию к снижению в период 2006-2007 г, тем не менее остается довольно высокой. По данным отчета генеральной прокуратуры число преступлений, квалифицированных по статьям, предусматривающим ответственность за незаконный оборот наркотиков составила более 8 тыс. человек в год.

Табл. 5 Показатели преступности, связанной с незаконным оборотом наркотиков.

Количество лиц, совершивших преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров	2006 год	2007 год	рост/снижение
всего	8244	8147	-1,2%
в том числе:			
несовершеннолетние	76	60	-21,1%
женщины	929	898	-3,3%
иностранные граждане	2	7	250%
в том числе: граждане СНГ	474	482	1,7%
лица без гражданства	36	42	16,7%

Табл. 6. Число преступлений, совершенных на почве употребления наркотиков.

Совершено преступлений на почве употребления наркотиков	2006 год	2007 год	рост/снижение
всего	259	247	-4,6%
в том числе			
преступления против личности	9	6	-33,3%
преступления против собственности	41	35	-14,6%
преступления против общественной безопасности и общественного порядка	10	11	10%
преступления против здоровья населения и нравственности	192	193	0,5%

Очевидно, что большинство преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических веществ совершают потребители наркотиков. В их число входит множество лиц, страдающих зависимостью (экстраполируя данные, полученные РНПЦ МСПН на основании изучения общей популяции можно предположить - около 70%). Если данные относительно 30 тыс наркопотребителей, находящихся в МЛС, соответствуют действительному положению дел, то это означает, что как

минимум половина от этого числа потребляли наркотики инъекционно и скорее всего имеют синдром зависимости от опиоидов. Из этого следует, что примерно 10-15 тыс. обитателей МЛС нуждаются в лечении зависимости. В то же время наиболее эффективным методом лечения является ОЗТ. Таким образом, вопрос о проведении заместительной терапии в тюрьмах становится чрезвычайно актуальным.

7. Потребность в расширении ОЗТ

Опираясь на данные Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании Министерства здравоохранения РК можно определить, что примерная стоимость стационарного лечения для одного больного в РК составляет 500 долл.США. В среднем каждый больной получал лечение в течение года 3,4 раза, т.е. на сумму в 1700 долл. США.

Прошли лечение в стационаре в 2007г. всего 9703 больных и следовательно расходы на них должны были бы составить (9703 x 1700) 16 млн 495 100 долл. США.

Анализируя показатель ремиссии среди наркопотребителей на 100 наблюдаемых пациентов за 2005 - 2007 годы следует отметить, что по данным аналитического центра наркологии РК показатели ремиссий от 1 до 2 лет варьируется от 8,3 до 9,4, а свыше 2-лет - от 5,6 до 6,5 на 100 наблюдаемых.

Если взять за основу этот показатель (в среднем 8,8 % ремиссии) и считать, что расходы на лечение оправдываются его успешными результатами, то получается, что из 9 703 больных удовлетворительный результат был достигнут лишь у 853 пациентов. Таким образом, если исходить из объема затраченных средств в пересчете на пациента, достигшего ремиссии, то стоимость эффективного лечения составила **19 337 долл. США на 1-го больного**. Закономерно возникает вопрос. насколько оправданны с точки зрения общественного здоровья подобные затраты.

В то же время эффективность программ ОЗТ по самым различным данным, включая результаты полицентрового исследования ВОЗ оценивается в диапазоне 65-80%, при этом для метадона она оказывается несколько выше – 70-80% (R.Ali, D.Newcomb at all. 2008). При том, что стоимость метадона составляет не более 100 долл. США на 1 год терапии. Даже если включить в расчеты затраты на содержание инфраструктуры проведения ОЗТ, все равно получается, что расходы на содержание программы составят не более, чем 200 долл. США в год на одного больного. При том, что можно посчитать расходы только на тех пациентов, которые получают лечение с положительным эффектом, расходы составят (200 : 0,75) порядка 266 долл. США на одного пациента. Это оказывается в 72,7 раза (19337 : 266) меньше, чем проведение лечения по существующей в настоящее время модели.

Приведенные расчеты суммированы в таблице 7

Таблица 7. Затраты на лечение (в долл.США)

Реабилитация		Лечение метадоним	
Один терапевтический эпизод	~ 500		
Лечение одного пациента в теч. года	1 700	Расходы на одного б-го в год (средний показатель)	~ 200
Лечение б-го с ремиссией 1 год	19 337	Расходы на одного б-го, удерживающегося в терапии (позитивный результат)	266

В 2007 г. в РК были впервые выявлены 1979 ВИЧ-положительных лиц. Среди них 1243 ПИН (62,8%). Расходы по их дальнейшему ведению и лечению составят не менее 3-5 тыс долл. США в год, что в сумме даст 3 729 000 – 6 215 000 долл. США. Имеются убедительные данные свидетельствующие, что уровень сероконверсии среди пациентов, участвующих в программах ЗТ в 2,5-3 раза ниже, чем в группе лиц, не получающих лечение. В случае, если бы у всех ПИН имелся доступ к ОЗТ, число инфицированных было бы меньше и составило 414-497 человек. Соответственно расходы системы здравоохранения были бы меньше примерно в 3 раза и составили бы 1 366 500 – 2 277 500 долл. США.

На сегодняшний день не существует единых, научно обоснованных и точных рекомендаций по поводу того, какая часть больных наркозависимостью должна находиться на ОЗТ. Число мест в программе ОЗТ определяется многими факторами: политическими, экономическими, профессиональными и т.д. В разных странах охват больных опиоидной зависимостью колеблется от 50-60% всех нуждающихся (Объединенное Королевство Великобритания, Франция, Ирландия, Нидерланды) до менее 1% (Беларусь, Азербайджан). В большинстве стран ЕС охват ОЗТ составляет 20-50%. Однако несмотря на вариативность показателей имеются определенные ориентиры для обозначения критериев при планировании численности мест в программах ОЗТ. Одним из таких ориентиров является право каждого гражданина на получение медицинской помощи. При этом предполагается, что помощь будет научно обоснованной и эффективной. В руководстве UNAIDS «Основы глобальной стратегии» сказано, что они (основы) базируются на уважении, защите и обеспечении прав человека. Они построены на четырех фундаментальных руководящих принципах, одним из которых является следующий: «Меры профилактики, лечение, спасающее жизнь, и результаты научных открытий должны быть в равной степени доступны всем». Поскольку ОЗТ признана эффективным методом профилактики ВИЧ среди ПИН, нет оснований отказать в этом лечении любому больному, зависимому от опиатов. Следовательно, в идеале было бы оправданным обеспечить доступ к ОЗТ каждому пациенту с зависимостью от опиатов.

Другим критерием является широко принятый в последние годы в профессиональном сообществе показатель 60% охвата профилактическими мероприятиями всех ПИН. Поскольку ОЗТ входит в перечень мер, направленных на профилактику ВИЧ/СПИД среди ПИН, можно исходить из того, что для успешной работы необходимо охватить ОЗТ до 60% ПИН.

В соответствии с последними рекомендациями ВОЗ/UNODC/ЮЭЙДС низким считается охват < 20% от оценочного числа зависимых от опиоидов, умеренным >20 - < 40%, и высоким - >40%. (WHO, UNODC, UNAIDS. 2009)

В большинстве стран Восточной Европы и Юго-Восточной Азии процент охвата ОЗТ остается невысоким, хотя практически везде это показатель растет. В Украине, например, в 2005 г. в программах ОЗТ находилось 200 человек, что составляло чуть более 0,3% от числа нуждающихся, а в конце 2008 г. ОЗТ получали 2700 человек (4,5%). Постоянно растет численность пациентов на ОЗТ в Китае, Индонезии, Малайзии, Иране, Индии.

Одной из опасностей, с которыми уже столкнулись многие страны в переходном периоде, это «вечный пилотный статус». Многие программы терапии метадонном и бупренорфином обречены на «смерть вследствие пилотного статуса», когда на

расширение программ накладываются ограничения на протяжении многих лет, пока органы власти оценивают жизнеспособность и целесообразность программ. В Беларуси пилотная программа медикаментозной поддерживающей терапии начала работать в 2005 г., но до 2007 г. не предоставляла лечения пациентам, несмотря на готовность Глобального фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией оплатить стоимость медикаментов. В Польше только около 1 000 человек получили метадонотерапию через 16 лет после выхода метадона на рынок. В Азербайджане статус пилотного проекта у программы был с 2004г. и только в конце 2008 произошло расширение и численность в 100 чел. начала увеличиваться. В Кыргызстане, по данным на июнь 2007 г., через шесть лет после разрешения выписывать рецепты на метадон менее 200 человек получали лечение. (Информационный бюллетень по вопросам охраны общественного здоровья. OSI-IHRD).

8. ОЗТ в тюрьмах

Есть веские причины для того, чтобы медицинские услуги в местах лишения свободы включали предоставление заместительной терапии в качестве важного медицинского компонента. К ним следует отнести следующие:

- проблемы с соблюдением режима содержания для ПИН и трудностях для персонала в связи с синдромом отмены, переживаемым заключенными, а также контрабанда наркотиков и акты насилия по отношению к персоналу и другим заключенным;
- высокий риск попыток самоубийства и нанесения вреда себе в течение периода острого абстинентного синдрома среди заключенных - проблемных потребителей наркотиков;
- важность соблюдения равных возможностей для людей, находящихся в тюрьмах и в остальном обществе;
- необходимость обеспечить заключенных лечебными средствами на уровне международных стандартов и лучших лечебных практик, а также доступности предоставления услуг
- Высокий риск смертельных передозировок у лиц, недавно освободившихся из заключения и не получавших ОЗТ, также как и у ПИН находящихся в МЛС.

Программы ОЗТ обеспечивают несколько ценных результатов, в том числе уменьшение использования нелегальных наркотиков, снижение преступности, уменьшение смертности, снижение риска передачи ВИЧ и гепатита С, а также улучшение здоровья потребителей наркотиков и общего тюремного населения, а также непосредственно сотрудников УИС. Это лечение, как было доказано, одновременно и эффективно и рентабельно.

Таким образом, внедряя ОЗТ в стране, необходимо делать это не только в системе здравоохранения, но также и в пенитенциарной системе: в изоляторах временного содержания, куда могут попадать лица, уже получающие ОЗТ, с тем, чтобы лечение не прерывалось, а пребывание под стражей не сопровождалось резким ухудшением здоровья; и в местах исполнения наказаний, чтобы повысить эффективность лечения и профилактики ИПЧК среди ПИН.

В МЛС Казахстана находится около 15 тыс. зависимых от опиоидов, что составляет почти 29% от всего контингента (Обзор эпидемиологической ситуации за 2007г.).

Это означает, что персонал МЛС постоянно должен иметь серьезные проблемы с содержанием этих лиц, поскольку пребывая в состоянии перманентного влечения к наркотику они склонны к нарушениям режима, конфликтам, у них наблюдаются симптомы дисфории, депрессии, тревоги, антисоциальные поведенческие реакции и т.п. Проведение ОЗТ у этих больных не только обеспечит удовлетворение их законных прав на научно обоснованное лечение, но и в значительной степени облегчит их содержание, приведет к существенному снижению уровня дисциплинарных нарушений и значительно улучшит психологический климат в исправительных учреждениях.

9. Выводы

1. Географическое положение Казахстана и культурные традиции способствуют тому, что потребление опиатов остается значимой для общества медико-социальной проблемой.
2. Законодательство ориентировано преимущественно на запретительные меры и борьбу с распространением наркотиков; в то же время в Казахстане не существует никаких правовых препятствий для применения ОЗТ.
3. Национальная стратегия в области контроля над наркотиками предусматривает модернизацию и эффективное научно-информационное сопровождение процесса реформирования и развития наркологической службы, а также Стратегия включает в себя в качестве одного из направлений **снижение вреда от инъекционного потребления наркотиков**. Т.е. руководящими программными документами предусмотрено развитие ОЗТ, которая является стратегией снижения вреда и вполне вписывается в понятие модернизации наркологической службы.
4. Анализ имеющихся данных позволяет сделать вывод, что численность ПИН, в активной фазе зависимости, составляет примерно **81 тыс** человек. (Поскольку не все лица, из поставленных 100 тыс. на наркологический диспансерный учет, в настоящее время остаются потребителями, см. расчеты в главе 4) Все они нуждаются в лечении от опиоидной зависимости.
5. Численность потребителей наркотиков и ПИН в последние несколько лет стабилизировалась, но остается на высоком уровне. Высокими являются смертность среди потребителей наркотиков, а также процент правонарушений, связанных с оборотом наркотиков.
6. Эпидемия ВИЧ/СПИД в стране находится на концентрированной стадии и в настоящее время ее рост продолжается. Этому способствует ряд обстоятельств: большое число ПИН, высокий процент лиц, практикующих рискованное поведение, употребление наркотиков в тюрьмах, низкая информированность населения о путях распространения ВИЧ, высокий процент наркопотребителей среди представительниц коммерческого секса.
7. Движущей силой эпидемии является инъекционное употребление наркотиков, парентеральный путь инфицирования составил в 2007 году 63,6-73% (ДЭН, 2008; UNGAS, 2008)
8. Общество несет значительные расходы, связанные с лечением проблем, вызванных потреблением наркотиков (по минимальным оценкам 2-3 млн. долл. США в год), вместе с тем эффективность терапевтических мероприятий невысокая. Методы с доказанной эффективностью, а именно стратегии снижения вреда, применяются в недостаточном объеме.
9. Для принятия экстренных мер, направленных на сдерживание эпидемии,

еще есть время, но для этого необходимо широко внедрить наиболее эффективные стратегии, ориентированные на соблюдение прав человека, устранение стигмы и дискриминации в отношении наркопотребителей, привлечение к профилактическим мероприятиям неправительственных организаций и масштабное применение ОЗТ, в том числе в тюрьмах.

10. Необходимо в течение ближайших 5 лет сформировать инфраструктуру, обеспечивающую ОЗТ, как в учреждениях здравоохранения, так и в пенитенциарной системе и предоставить доступ к этому виду лечения, как минимум, для **10 тыс. больных опиоидной зависимостью, что составит примерно 12,5% от потребности.**

Перечень использованных источников

1. Principles for preventing HIV infection among drug users. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998, 23 с
2. The Global Strategy Framework on HIV/AIDS, June 2001. UNAIDS. Geneva. Switzerland
3. WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. WHO. 2009
4. Профилактика распространения ВИЧ-инфекции в среде людей, злоупотребляющих наркотиками. Концепция системы Объединенных Наций. (ООН, 2001). Позиционный документ ООН. http://advo.harmreduction.ru/get_page.php-page=4.htm
5. Effectiveness of drug dependence treatment in prevention of HIV among injecting drug users. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for Action Technical Paper).
6. High Coverage Sites. HIV Prevention among Injecting Drug Users in Transitional and Developing Countries. UNAIDS. 2006
7. Martin C. Donoghoe. Injecting drug use, harm reduction and HIV /AIDS. In. HIV/AIDS in Europe Moving from death sentence to chronic disease management. WHO-Europe. 2006
8. Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. Издано ВОЗ, а также от имени УООННП и ЮНЭЙДС. – 2004.
9. Препятствия к доступу: медикаментозная поддерживающая терапия и обусловленная инъекционным потреблением наркотиков эпидемия ВИЧ. Информационный бюллетень по вопросам охраны общественного здоровья. OSI-IHRD. 2008
10. EMCDDA. Annual Report. 2008
11. Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
12. R.Ali, D.Newcomb at all. The WHO Collaborative Study on Substitution Therapy of Opioid Dependence and HIV/AIDS. 2009 (In press)
13. Гафарова Н. В., Лаврентьев О. В., Ковина Т. Г., Аналитический отчет «Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2007 год».
14. Закон Республики Казахстан от 10 июля 1998г. N 279-1 О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими (внесены изменения Законами РК от 05.05.2000 г. N 47-II; от 31.05.02 г. N 327-II)
15. Национальная программа по борьбе с незаконным оборотом наркотиков и оказанию помощи лицам, зависимым от наркотических средств и психотропных веществ на 2006-2010 годы.
16. Национальный доклад О ходе работы для ССГА ООН Республика Казахстан. Отчетный период: январь 2006 года - декабрь 2007
17. Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИДу и результаты дозорного эпидемиологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков за 2007 год
18. С.В.Дворяк, И.Н. Трофимченко, А.Г.Морозова и др. Оценка численности наркопотребителей на основании анализа реестра диспансерного учета в 6 городах Украины. 2009.