

Рекомендована д.ф.н., професором З.М.Мнушко

УДК 615.15:351.761.3

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАРКОЗАЛЕЖНИМ ХВОРИМ У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ

А.С.Немченко, А.А.Котвіцька

Національний фармацевтичний університет

Проаналізовано стан впровадження та розповсюдження замісної терапії у лікуванні наркозалежності в світі, наведені дані про використання метадону як препарату, який найбільш часто використовується при замісній терапії, а також існуючі форми проведення програм замісної терапії та рівень охоплення наркозалежних цим видом лікування в країнах світу та країнах колишнього СРСР. Досліджено існуючу на теперішній час нормативно-правову базу, що регулює обіг наркотичних засобів у світі та в Україні, програми, які діють на державному рівні у цій сфері, Міжнародні конвенції, в яких брала участь Україна, та перспективи впровадження програм замісної терапії в країні в сучасних умовах.

Впродовж останніх років в Україні спостерігається прогресуюча тенденція до подальшого загострення проблем, пов'язаних із вживанням та незаконним обігом наркотичних, психотропних засобів, що, безумовно, не може не викликати занепокоєння як у державі і суспільстві, так і у медичних та фармацевтичних працівників.

Ще 15-20 років тому людей, які страждають на наркоманію, було не так вже й багато, а на сьогодні статистичні дані свідчать про значне зростання їх кількості. Так, на кінець 2004 року було виявлено і поставлено на облік близько 125,4 осіб, при цьому й кількість злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків, зросла у порівнянні з даними 2003 р. на 17%.

Незважаючи на дії правоохоронних органів і держави в цілому, спрямованих на боротьбу з наркобізнесом та наркозалежністю, кількість наркоманів, на жаль, не зменшується.

Проблема зловживання наркотичними засобами є не тільки національною, вона турбує всю світову спільноту і тому розв'язуватися повинна за допомогою як національних, так і міжнародних стратегій [6].

З метою міжнародної співпраці були розроблені і затверджені:

- Конвенція про наркотичні засоби (1961 р.), яка визначає поняття “наркотична речовина” і пе-

релік наркотичних засобів у залежності від терапевтичної ефективності, здатності викликати залежність і т.п.;

- Конвенція про психотропні речовини (1971 р.) визначає, що психотропна речовина — це речовина природного або синтетичного походження, яка має здатність викликати стан залежності або виявляє стимулюючу або депресивну дію на ЦНС, викликаючи галюцинації, порушення моторної функції, мислення, поведінки, настрою. Ця Конвенція була ратифікована 169 країнами, у тому числі й Україною у 1994 р.;
- Конвенція про боротьбу з незаконним обігом наркотичних засобів (1988 р.), основні положення якої спрямовані на розвиток співпраці між країнами-учасницями міжнародних угод у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів і психотропних речовин. Статті Конвенції визначають механізм боротьби з міжнародною протиправною діяльністю, пов'язаною з незаконним обігом наркотиків (ратифікована 162 країнами).

Слід зазначити, що окремі положення Конвенції прийняті багатьма країнами за основу при формуванні національного законодавства щодо боротьби з незаконним обігом наркотичних, психотропних речовин і прекурсорів.

У ряді країн Євросоюзу, у Росії, Білорусі, Казахстані та ін. розроблені і прийняті відповідні Державні програми на певні періоди, які визначають основні напрямки роботи у сфері боротьби з незаконним обігом наркотиків.

В Україні на сьогоднішній день прийнята “Програма реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 рр.” (Постанова КМУ №877 від 04.06.2003 р.). Основна мета даної програми — зменшення обсягів незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів і зниження рівня їх незаконного використання. Передбачено, що виконання Програми здійснюватиметься двома етапами.

Перший етап (2003–2006 рр.) — реформування та вдосконалення нормативно-правової бази, вдосконалення механізму міжвідомчої співпраці у сфері протидії розповсюдженню наркоманії та подальше вдосконалення системи контролю у сфері обігу контрольованих речовин.

Другий етап (2006–2010 рр.) — упровадження на практиці нових концепцій та методик лікування, орієнтація на профілактичні програми для дітей і підлітків, реформування структури правоохоронної системи і приведення її у відповідність з міжнародними стандартами [1, 6].

Конвенція про наркотичні засоби визначає три критерії, за якими речовину можна віднести до наркотиків: фармакологічний, соціальний, юридичний.

За першим критерієм наркотична речовина повинна мати певні хімічні і фармакологічні властивості, ефекти: викликати ейфорію, впливати на психічну сферу, обумовлювати розвиток залежності. Відповідно до другого критерію речовина повинна мати ознаки, які можна назвати “соціальною проблемою”. Прикладом може бути той факт, що до 1906 року вживання екстракту листя коки (кокаїну) в США не було джерелом соціальних проблем, і його додавали до багатьох напоїв, а також до всім відомої кока-коли, згодом з’явилися проблеми, і кокаїн заборонили, а до кока-коли стали додавати кофеїн. Третій критерій визначає, що наркотиком є препарат, занесений уповноваженим органом держави до офіційного переліку наркотичних речовин, який складається на основі переліків, визначених Міжнародною конвенцією.

Аналізуючи критерії, нам стає зрозуміло, що найоб’єктивнішим є перший критерій — фармакологічний: він пов’язаний із хімічними особливостями речовини та її здатністю викликати ті або інші фармакологічні ефекти.

Особливо спірним є віднесення речовини до наркотичних відповідно до другого критерію. Соціальна проблема — поняття мінливе й динамічне. Наприклад, на сьогодні проблема зловживання однією з наркотичних речовин існує, а на завтра — з’явилися інші.

Стосовно третього критерію — юридичного, який, на наш погляд, використовується по формальному принципу: якщо речовина внесена до переліку, то вона наркотична, не внесена — не наркотична [1].

На сьогоднішній день громадськість по-різному реагує на проблему наркоманії. Частина суспільства вважає, що до людей, які вживають наркотики, необхідно застосовувати заходи кримінального характеру, інша ж розглядає наркоманію як хворобу і схиляється до того, що саме тому цих людей необхідно лікувати.

Безсумнівно, проблеми, пов’язані з наркотиками, завдають серйозних збитків суспільству. Про-

те, аналізуючи ситуацію, звертаючись до світового досвіду, явним є той факт, що безрозсудний підхід і використання положень Конвенції з боротьби з наркотиками в країнах колишнього СРСР і Східної Європи призвели до значного зростання ВІЛ/СНІДу.

При обговоренні в Міністерстві охорони здоров’я України “Звіту спільної місії WHO/UNAIDS/UNODC із впровадження замісної терапії наркоманій в Україні” в одному із тверджень було визначено, що епідемія Віл-інфекції та ін’єкційних наркоманів — це “епідемія-близнята”, тому боротьба з ВІЛ без замісної терапії приречена на невиконання. У коментарях з цього твердження було заявлено, що взаємозв’язок проблеми наркоманії і Віл-інфекції достатньо явно простежувався до 2000 року, потім темп інфікування ін’єкційних споживачів наркотиків стабілізувався, але при цьому кількість інфікованих все одно збільшувалась. Таку ситуацію можна пояснити зміною основного способу зараження — ін’єкційного на статевий, хоча не можна заперечувати і той факт, що серед ін’єкційних наркоманів осіб, заражених ВІЛ-інфекцією, досить багато [3, 4].

Державна програма з профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД залишається не реалізованою повною мірою вже впродовж декількох років, у тому числі і внаслідок неможливості впровадження замісної терапії для наркозалежних. Хоча цей вид терапії призводить до значного зниження ризикованої поведінки і дозволяє розглядати його як засіб боротьби зі СНІДом.

У Конституції України та в Законі України “Про лікарські засоби” визначені основоположні принципи відносно громадян країни, одним з яких є захист прав, свобод і обов’язків людини, громадян і пацієнтів, зокрема тих, які страждають на наркоманію, токсикоманію, ВІЛ/СНІД, психічні та інші розлади здоров’я.

Позиція суспільства щодо окремо взятого хворого, на нашу думку, повинна будуватись на принципах соціальної фармації і медицини й проводитися в умовах належної аптечної і клінічної практики, одним з принципів яких є, перш за все, інтереси пацієнта. Очевидно, що до пацієнтів, які страждають на наркоманію і токсикоманію, перш за все, в тяжких хронічних формах, можуть застосовуватися державні заходи у вигляді замісної терапії.

Питання про впровадження і розповсюдження програм замісної терапії викликає безліч суперечок, дискусій, думок. Аргументи супротивників замісної терапії наркоманії у світі достатньо різноманітні. До них належить переконання, що замісна терапія аморальна, що її впровадження приведе до згорання програм, спрямованих на повне лікування і т.п. Основним контраргументом з упровадження замісної терапії є те, що даний вид

надання наркологічної допомоги є першим кроком до легалізації наркотиків у країні.

Припущення про те, що замісна терапія є першим кроком до легалізації наркотиків не відповідає дійсності. У багатьох країнах світу, де впродовж декількох десятиріч існують подібні програми, мова про легалізацію наркотиків не йшла і не йде.

Замісна терапія — вид фармацевтичної допомоги, що ґрунтується на використанні подібної або ідентичної речовини у процесі лікування опіоїдної залежності. Властивості цієї речовини, названої агоністом, подібні до наркотика. Наркотик, який систематично вживає наркозалежний, можна замінити агоністом і за його допомогою перевести залежність в контрольовану форму [7, 9].

Використання агоністів полегшує симптоми відміни (“ломки”), а також зменшує медичний та соціальний ризик. На даний час для замісної терапії використовують в основному метадон і бупренорфін, рідше морфін та героїн [11]. Замісна терапія припускає зміну способу застосування опіюду на менш небезпечний для здоров'я. Відомо, що самі по собі опіоїдні препарати при прийомі у постійному дозуванні малотоксичні, випадки смерті у залежних від опію пов'язані в основному із передозуванням наркотика, інфекційними захворюваннями, суїцидами.

Фармакологічною основою для проведення замісної терапії є ефект “плато” при вживанні опіоїдів. При підвищенні дози опіюду ейфорійний ефект зростає тільки до певного рівня, після цього подальше зростання дози призводить тільки до седативного ефекту. При проведенні замісної терапії пацієнту підбирають дозу, при прийомі якої він відчуває себе комфортно [10].

Ідея прописування лікарем наркотиків для наркозалежних не є новою. Практика виписування для наркозалежних хворих опіоїдів (морфіну, героїну) застосовувалась у США з 1912 р. до 1923 р. У 1923 р. в Англії Міністерством охорони здоров'я була створена комісія, яка дослідила ситуацію з немедичним вживанням наркотиків, і в 1926 р. була опублікована доповідь, де як основоположний принцип затверджувалося право лікарів прописувати наркотики для лікування наркозалежності. У доповіді вказувалося, що є пацієнти, здатні вести нормальний спосіб життя при прийомі постійних доз наркотика — “стабільні наркомани” які мають право на отримання морфіну і героїну. Така практика існувала в Англії до кінця 50-х років, при цьому героїн і морфін для ін'єкційного застосування призначали лікарі загальної практики, які одержали на це спеціальний дозвіл [13].

У колишньому СРСР у 20-ті роки минулого століття наркозалежні хворі прикріплялися до аптек для одержання ін'єкційних опіатів за рецептом лікаря.

У 1959 р. канадський лікар Роберт Холлідей, а в 1963 р. американські лікарі Вінсент Доул і Мері Нісвандер вперше застосували для підтримуючої терапії метадон. В Європі метадон вперше почав застосовуватися у 1967 р.

Метадон був вибраний із всього спектру опіоїдних препаратів через те, що він добре всмоктується при прийомі всередину і його достатньо застосовувати один раз на добу. Проте замісна терапія проводилася в небагатьох країнах і була пов'язана з дуже жорсткими інструкціями відносно добових доз метадону. Розширення програм замісної терапії почалося разом з епідемією ВІЛ-інфекції у 80-х і 90-х роках [14].

Лікарі стали застосовувати більший спектр препаратів для замісної терапії (бупренорфін, морфін, дигідрокодеїн), у деяких країнах відбулося навіть повернення до виписування хворим опіоїдів для ін'єкційного застосування.

У Швейцарії з 1994 р. застосовується замісна терапія героїном.

До позитивних результатів замісної терапії для суспільства слід віднести значне зменшення кримінальної активності хворого, оскільки немає необхідності здобувати гроші на наркотик; зниження ризику розповсюдження гемоконтактних інфекцій (гепатитів В і С, ВІЛ-інфекції), нормалізація життєвого стилю, поліпшення соціального функціонування хворого, відмова від ін'єкцій “вуличного” наркотика, поліпшення психічного та фізичного здоров'я хворого.

Кажучи про недоліки замісної терапії, слід зазначити, що даний вид терапії не усуває залежність, а тільки переводить прийом опіюду до менш небезпечної форми. З клінічних досліджень відомо, що рівень утримання хворих у програмах замісної терапії вищий, ніж у програмах лікування, які орієнтовані на повну стриманість.

Інша помилкова думка, яка часто зустрічається, — це те, що метадонова залежність важча за героїнову. Слід врахувати, що синдром відміни метадону триває у 2-3 рази довше, ніж синдром відміни героїну. Проте саме по собі застосування метадону не створює ніякої нової залежності, оскільки він належить до того ж класу психоактивних речовин, що й героїн.

Ще одним з недоліків програм замісної терапії є можливий “витік” метадону на чорний ринок. Це відбувається, коли хворим видають велику кількість метадону для прийому в домашніх умовах і вони продають його іншим наркозалежним хворим.

Метадонові програми після періоду невиправданих “великих очікувань”, “надій”, перших успіхів стали викликати все більшу критику з боку як лікарів та інших фахівців, так і громадськості тих країн, де вони були впроваджені. Метадон використовується як остання можливість позбав-

Таблиця 1

Характеристика замісної терапії в країнах Західної Європи

Країна	Рік, коли дозволене лікування метадонном	Кількість пацієнтів, які одержують замісну терапію (2001/2002)	Інші опіоїдні препарати для замісної терапії та рік дозволу до їх застосування для замісної терапії
Австрія	1987	5364	Пролонгований морфін (1997), кодеїн (1997)
Бельгія	1984	7000	Дигідрокодеїн
Данія	1970	4937	Бупренорфін (1998)
Франція	1995	85757	Бупренорфін (1996), морфін
Фінляндія	1974	400	Бупренорфін (1997)
Німеччина	1992	49300	Дигідрокодеїн(1985) Бупренорфін (2000)
Греція	1993	1060	Бупренорфін
Ірландія	1970	5865	—
Португалія	1992	12863	Бупренорфін
Нідерланди	1968	13500	—
Іспанія	1983	78806	Бупренорфін
Швеція	1967	621	Бупренорфін (2000)
Італія	1975	86778	Бупренорфін (2000)
Норвегія	1998	1853	Бупренорфін
Люксембург	1989	1007	Дигідрокодеїн (1994)
Швейцарія		18000	Героїн (1999) Бупренорфін
Мальта		935	
Великобританія	1968	35500	Героїн (1926) Бупренорфін (1999)

лення від наркоманії. На думку шведських фахівців лікування метадонном — складний і тривалий процес, що досягає у ряді випадків 5-8 років, вимагає участі багатьох фахівців: лікарів-наркологів, соціальних працівників, психологів. Слід зазначити, що у разі застосування всього комплексу медико-соціальних реабілітаційних заходів повноговилікування від наркоманії досягають у 10-15% хворих.

Цікавим фактом є те, що опозиція по відношенню до замісної терапії спостерігається серед лікарів, психологів, релігійних організацій, співробітників правоохоронних органів і набагато рідше серед самих хворих і їх родичів.

Замісна терапія метадонном хворих на опіоїдну наркоманію з усіма своїми позитивними й негативними аспектами у всьому світі, за винятком Росії та деяких інших країн пострадянського простору, давно перетворилася з проблеми дискусійної на рутинну практику [11, 12].

Вигляд замісної терапії в країнах Західної Європи наведений у табл. 1. [8].

Негативні думки про замісну терапію, які висловлюються в деяких європейських країнах, а також у Росії та Україні, у деяких випадках призводять до того, що в очах громадськості підтри-

муюча терапія змішується з легалізацією наркотиків.

Замісна терапія метадонном припускає певним чином організовану процедуру прийому препарату хворими на опіоїдну наркоманію, що включає систематичний лікарський та лабораторний контроль.

На сьогоднішній день існують різні форми проведення програм замісної терапії і способи правового контролю застосування замісної терапії.

За наявності або відсутності жорсткої регламентації поведінки хворого розрізняють програми з низьким і високим порогом. Програми з високим порогом припускають жорстку регламентацію поведінки хворого і виключення його з програми при порушенні вказаних правил. Мета такої програми — добитися відмови від вживання нелегальних наркотиків, соціальна і професійна реабілітація пацієнта [9].

Програми з низьким порогом призначені не стільки для лікування пацієнтів, скільки для зменшення шкоди, яку вони можуть заподіяти суспільству. У цих програмах достатньо м'які правила і спрямовані вони на зниження рівня кримінальної поведінки.

У багатьох країнах пацієнти заносяться до єдиної бази даних для того, щоб запобігти одержанню метадону у декількох лікарів.

Таблиця 2

Рівень охоплення опіатозалежних хворих замісною терапією в країнах ЄС

Рівень охоплення у відсотках від загальної кількості опіатозалежних хворих у країні	Країни
Менше ніж 20%	Фінляндія, Норвегія, Швеція, Великобританія
20-40%	Австрія, Бельгія, Данія, Португалія, Італія
Більше ніж 40%	Франція, Німеччина, Ірландія, Люксембург, Нідерланди, Іспанія

Одним з варіантів проведення замісної терапії є її проведення лікарями загальної практики. Такий досвід існує в США, Австрії, Німеччині, Ірландії, Люксембурзі, Франції. Разом з перевагами такої форми організації замісної терапії є ряд недоліків: слабкий контроль за пацієнтами, складність у взаємодії зі службами психосоціальної допомоги та ін.

Замісна терапія у спеціалізованих лікувальних центрах за типом денного стаціонару або поліклініки проводиться в Греції, Фінляндії, Норвегії, Швеції, Данії, Італії, Нідерландах, Португалії, Іспанії. Така форма надання допомоги є найбільш оптимальною, проте вартість її досить висока.

“Змішана” модель проведення замісної терапії прийнята в Бельгії, Франції, Великобританії. Там пацієнти приблизно порівну розподілені між лікарями загальної практики і спеціалізованими поліклініками [14].

У деяких країнах (Нідерландах, Італії, США) для видачі метадону використовують мобільні пункти — автобуси. Це допомагає залучити до програми лікування більшу кількість наркозалежних хворих.

Різна регламентація програм замісної терапії у європейських країнах визначає відмінності у рівні охоплення пацієнтів з опіоїдною залежністю цим видом лікування [15].

Рівень охоплення опіатозалежних хворих замісною терапією в країнах ЄС наведений у табл. 2 [14].

Як видно з даних табл. 2, найвищим охопленням вирізняються Німеччина та Іспанія, найменшим — Фінляндія, Норвегія, Великобританія.

Таким чином, замісну терапію не можна розглядати як просто прописування хворому опію. Вона повинна розглядатися як частина комплексної програми допомоги наркозалежному хворому та поєднуватися у більшості випадків із психотерапією і соціальною реабілітацією, а також і з лікуванням соматичних захворювань.

Система допомоги наркологічним хворим у колишньому СРСР була розрахована в основному на пацієнтів із алкогольною залежністю. Бурхливе зростання вживання опіатів застало зневацька наркологічні установи. Були зроблені спроби адаптувати вже існуючу систему лікування до хворих з героїновою залежністю, які терпіли невдачу внаслідок того, що принципово нічого не змінювали в старих підходах лікування.

Серед країн колишнього СРСР замісна терапія застосовується у Литві, Латвії, Естонії, Киргизії, Україні. Пілотний проект передбачається здійснити в Біларусі, яка одержала на це юридичний дозвіл.

Статистичні дані про проведення замісної терапії в країнах Центральної та Східної Європи наведені у табл. 3 [7, 12].

В Україні існує нормативно-правова база для проведення метадонної терапії. Вона є частиною

Таблиця 3

Замісна терапія в країнах Центральної та Східної Європи

Країна, рік, коли дозволена замісна терапія	Число пацієнтів, які отримували замісну терапію у 2002 р.	Інші препарати для замісної терапії
Хорватія	2000	Метадон
Латвія (1996)	85	— // —
Македонія (1997)	350	— // —
Словенія (1994)	1400	Метадон, бупренорфін
Чехія	550	Бупренорфін
Словаччина (1997)	360	Бупренорфін
Болгарія (1997)	250,	
Угорщина	110	
Польща (1992)	750	Бупренорфін
Литва (1995)	400	

урядової Програми боротьби з Віл-інфекцією, ряду інших програмних дій, а також рекомендацій Верховної Ради щодо прискорення впровадження даного підходу в країні [2, 3].

Інформація про те, що метадон відкрито видаватиметься наркоманам в останні півроку досить часто звучала в багатьох засобах масової інформації. На конференції представників різних державних структур і міжнародних агенцій, організований міжнародним фондом “Відродження” і Програмою розвитку ООН в Україні, предметом обговорення була стратегія профілактики і лікування ВІЛ/СНІДу у середовищі споживачів ін’єкційних наркотиків (СІН). Традиційно для цього використовується цілий комплекс заходів, серед яких замісна терапія із застосуванням метадону.

Незважаючи на світовий досвід, численні дослідження, застосування метадонових програм замісної терапії в Україні зустрічає відчайдушний опір. При цьому нелегальний метадон для ін’єкцій вже давно у досить великій кількості надходить на чорний ринок у Києві [1].

У нашій країні споживач будь-яких наркотиків відразу потрапляє в коло кримінальних угруповань. Як правило, канали розповсюдження “сильних” і “слабких” наркотиків однакові, тому будь-якого наркозалежного хворого, який приймає “слабкий” наркотик, можна “пересадити” на інший, важчий.

Метадон як синтетичний наркотик сам по собі не може позбавити від хвороби, але оскільки препарат потрібно застосовувати перорально, то відпадає необхідність ін’єкцій. Це, в першу чергу, змінює стереотип поведінки людини і відповідно знижує ризик зараження ВІЛ/СНІДом, гепатитами та іншими інфекціями.

Початковий період застосування замісної терапії метадоном у багатьох країнах, де дані програми вже впроваджені, відрізнявся стихійністю і безконтрольністю. Суворі, зокрема правова регламентація застосування метадону, практично відсутня, але оскільки метадон не можна розглядати як звичайний лікарський засіб, завжди існувала необхідність певних правових обмежень [5].

Усі країни, які підписали Віденську конвенцію 1988 р., здійснюють у тій чи іншій мірі контроль за виробництвом, розповсюдженням та вживанням метадону, щоб зменшити ризик, пов’язаний з його застосуванням як лікувального засобу. Особливо це помітно на прикладі країн Європейського Союзу.

У Данії в 1996 р. був прийнятий новий закон, який посилив контроль за застосуванням метадону. На державному рівні були прийняті програми лікування, які обмежили кількість лікарів загальної практики, які мають дозвіл на його застосування.

В Ірландії також був прийнятий новий закон, спрямований на розвиток замісної терапії із залу-

ченням пацієнтів до первинних установ охорони здоров’я. Створення бази даних, системи обліку пацієнтів, наявність лікувальних карт на хворих з їх фотографіями та прізвищем лікаря, який спостерігає за хворим, виключило можливість звертання за метадоном до декількох лікарів [8].

У Великобританії весь офіційний обіг наркотичних засобів регламентується Законом про ліки 1968 р. і Законом про зловживання лікарськими засобами 1973 р. Метадон належить до лікарських засобів, які знаходяться під суворим контролем. Виписувати його можуть тільки офіційно уповноважені лікарі. У країні також існує картотека наркозалежних хворих, яка доступна тільки для лікарів, які перевіряють достовірність даних.

Замісна терапія метадоном у Греції, Іспанії, Португалії, Італії, Франції, Швеції проводиться в основному у спеціалізованих установах. Лікарі загальної практики взагалі не беруть участі у метадонових програмах.

Досвід проведення замісних метадонових програм є і в пострадянських країнах, наприклад, у Литві. Ці програми почали впроваджуватися ще в 1995 р.

Результати офіційного звіту Європейського центру моніторингу за 2003 р. свідчать про те, що кількість осіб, які одержали метадон за останні 3 роки, зросла на 34% [1, 6].

Щодо України, то на обліку в наркологічній службі знаходиться близько 85 тисяч чоловік. До цієї кількості увійшли лише ті, які звернулися до державних медичних установ, пацієнти ж приватних клінік до статистики не увійшли. Багато хто з осіб, які вживають наркотики, взагалі за медичною допомогою не звертались.

Як свідчать результати соціологічних досліджень, всього в Україні вживають наркотики 560 тисяч чоловік. Практично всі вони входять до групи ризику з погляду зараження хворобами, що передаються через кров. Виходить, що епідемія ВІЛ/СНІДу і наркоманії досягла такого рівня, який загрожує безпеці країни. За прогнозами до 2010 р. у нас в країні налічуватиметься більше мільйона інфікованих [2, 4].

Повертаючись до Конституції України, до Закону “Про лікарські засоби”, головним принципом яких є захист прав, свобод громадян країни, і ґрунтуючись на вимогах і принципах належної аптечної і клінічної практики, слідуючи принципам соціальної фармації, можна стверджувати, що очевидним стає той факт, що упровадження програм замісної терапії — це визнання того, що наркоманія — це хвороба, яку потрібно лікувати.

Безсумнівним є той факт, що в країні необхідно привести у відповідність нормативно-правову базу, яка регулює обіг наркотичних, сильнодіючих засобів, використовуючи при цьому світовий досвід і враховуючи національні особливості країни.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дворек С.В. //Провизор. — 2004. — №10. — С. 6-8.
2. Линский И.В. // Матер. наук.-практ. конф., 18 листопада 2005 р. — X., 2005. — С. 181-182.
3. Сиволап Ю.П., Савченко В.А. // Журн. неврол. и психиатрии. — 2000. — №6. — С. 66-70.
4. Сосин И.К., Шаповалов В.В., Шаповалова В.А. та ін. // Матер. наук.-практ. конф., 18 листопада 2005 р. — X., 2005. — С. 101-104.
5. Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости: Сбор. науч. статей. — К.: Здоров'я, 2001. — 166 с.
6. Шаповалова В.О., Коляда В.В., Шаповалов В.В. // Матер. наук.-практ. конф., 18 листопада 2005 р. — X., 2005. — С. 13-17.
7. Habrat B. Difficulties encountered in Central and Eastem European countries in accepting methadone substitution. // Development and improvement of substitution programmes. Seminar. — Strasbourg, October 2001. — P. 107-119.
8. Legal aspects of substitution treatment. An insight into nine EU countries. — EMCDDA, 2003. — 140 p.
9. Magura S., Rosenblum A. // Mount Sinai Journal of Medicine. — 2001. — Vol. 68, №1. — P. 62-74.
10. Mattick R.P., Ali R., White J.M. // Addiction. — 2003. — Vol. 30. — P. 441-452.
11. Pani P.P., Maremmanni I., Pirastu R. // Drug Alcohol Depend. — 2000. — Vol. 60. — P. 39-50.
12. Report on the drug situation in the candidate CEECs. — Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002. — 100 p.
13. Ullmann R. // Suchttherapie. — 2001. — №2. — P. 20-27.
14. Van Beusekom I., Iguchi M.Y. A review of recent advances in knowledge about methadone maintenance treatment. — RAND Europe, 2001. — 140 p.
15. Van den Brink W., Hendriks V.M., Van Ree J.M. // Suchttherapie. — 2000. — Vol. 1. — P. 71-82.

УДК 615.15: 351.761.3

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ ОРГАНИЗАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАРКОЗАВИСИМЫМ БОЛЬНЫМ В МИРЕ И В УКРАИНЕ

А.С.Немченко, А.А.Котвицкая

Проанализировано состояние внедрения и распространения заместительной терапии в лечении наркозависимости в мире, приведены данные об использовании метадона как препарата, который наиболее часто используется при заместительной терапии, а также существующие формы проведения программ заместительной терапии и уровень охватывания наркозависимых этим видом лечения в странах мира и странах бывшего СССР. Исследована существующая в настоящее время нормативно-правовая база, регулирующая оборот наркотических средств в мире и в Украине, программы, действующие на государственном уровне в этой сфере, Международные конвенции, в которых принимала участие Украина, и перспективы внедрения программ заместительной терапии в стране в современных условиях.

UDC 615.15: 351.761.3

THE STUDY OF PROBLEMS OF THE PHARMACEUTICAL AID ORGANIZATION TO THE NARCOTIC DEPENDENT PATIENTS IN THE WORLD AND IN UKRAINE

A.S.Nemchenko, A.A.Kotvitskaya

The state of introduction and distribution of the replacement therapy in treating the narcotic dependence in the world has been analysed. The information about the use of methadone as a medication, which is the most frequently used for the replacement therapy, as well as the existing forms of conducting the replacement therapy programs and the level of covering of narcotic dependent people by this type of treatment in different countries of the world and the former Soviet Union have been given. A current normative and legal base regulating the turnover of narcotics in the world and Ukraine, programs operating at the state level, the International conventions, in which Ukraine took part and the prospects of introducing the replacement therapy programs in the country at present have been analysed.