

ОСТОРОЖНО – МЕТАДОН!!! (ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ МЕТАДОНОВАЯ ТЕРАПИЯ В "ПРОГРАММАХ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА"). ЧАСТЬ IV

Составители:

1. **Иеромонах Анатолий (Берестов)** – руководитель Душепопечительского Православного центра (ДПЦ) святого праведного Иоанна Кронштадтского, доктор медицинских наук, профессор;
2. **Шевцова (Тузикова) Юлия Брюнсовна** – к.м.н., врач психиатр-нарколог, старший научный сотрудник отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии (ГНЦ ССП) имени В.П.Сербского;
3. **Каклюгин Николай Владимирович** - врач-эпидемиолог, клинический ординатор отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом ГНЦ ССП имени В.П. Сербского, сотрудник ДПЦ святого праведного Иоанна Кронштадтского.

http://www.narkotiki.ru/ecolumn_6439.html

[Часть I](#)
[Часть II](#)
[Часть III](#)

СТРАТЕГИЯ ЛОББИСТОВ ПРОГРАММ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

На сегодняшний день ни у кого не вызывает сомнений тот факт, что "Программы снижения вреда", в том числе ЗМТ навязываются нам со стороны Запада и проводятся в большинстве своём на западные деньги, поступающие из-за рубежа через неправительственные организации. Сейчас эти программы чрезвычайно активно продвигаются и в страны Средней Азии при поддержке таких международных фондов, как "Глобальный фонд", "Сорос-Казахстан", ООН (UNDP, UNAIDS, ЮНЕСКО) и др. В республике Кыргызстан правительство, как это ни прискорбно, при активном участии вышеуказанных организаций разрешило проведение программ заместительной терапии. В Таджикистане уже на протяжении нескольких лет реализуются метадонные программы. Руководству Казахстана до недавнего времени они неустанно навязывались через Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар). И вот, по последним данным, Правительством Республики Казахстан внедрён пилотный проект программы длительной заместительной поддерживающей терапии метадонном в двух регионах Казахстана (Павлодарская и Карагандинская области). Выбор этих регионов был обоснован фактом наибольшего распространения ВИЧ-инфицирования среди лиц, употребляющих опиаты инъекционным путём. Вместе с тем, за последние 2,5 года метадон стал нелегально распространяться на территории Казахстана. В Алматы, например, по неофициальным данным, до 90% наркозависимых потребляет метадон, нелегально проникающий туда из центров лечения наркозависимых республики Кыргызстан. Практически во всех крупных городах Казахстана доминирующим наркотиком становится метадон, что вызывает у большинства ведущих специалистов серьёзные опасения в отношении будущего благополучия в данном регионе. Тем не менее, пилотные проекты ЗМТ там запущены (Т.К.Асанов, 2004) [8].

Давайте немного подробнее рассмотрим, как же происходит повышение терпимости общества к внедряемым, изначально чуждым по своей природе, подходам к лечению наркозависимых на примере происходящего на территории Республики Казахстан.

Сотрудники вышеупомянутого Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар) провели исследование общественного мнения о запущенном в их республике проекте заместительной терапии. Он проводился как среди населения, не страдающего наркотической зависимостью (в эту же группу вошли и специалисты, работающие в сфере наркологических услуг: врачи-наркологи, психотерапевты, психологи, средние медицинские работники), так и среди наркозависимых (в том числе ВИЧ-инфицированных). Опрос населения, не страдающего наркотической зависимостью, проводился в городах Павлодаре и Караганде, медицинских работников (в основном сотрудники наркологических учреждений) в городах: Павлодаре, Караганде, Алматы, Талды-Коргане, Таразе, Кызыл-Орде, Астане. Опрошенные больные наркоманией в основном являлись пациентами Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании и областного центра по профилактике и лечению зависимых заболеваний (г. Павлодар), областного наркологического диспансера (г. Караганда). Так же инициативной группой были опрошены больные наркоманией, являющиеся участниками программы длительной заместительной поддерживающей терапии метадонном в Литве (г. Вильнюс) и Киргизии (города Бишкек и Ош).

Опрос состоял из нескольких форм: анонимное анкетирование и прямая дискуссия. Анонимное анкетирование состояло из двух этапов: в начале просто предлагалось заполнить анкету короткого содержания, которая заключалась в однозначном выборе одного ответа на вопрос: "Считаете ли Вы целесообразным внедрение программ заместительной терапии метадонном". При этом в анкете давалось короткое определение метадону: что это химический препарат (агонист опиатных рецепторов), который по химической структуре и действию схож с наркотиками опиатной группы, в том числе – с героином. После заполнения анкет респондентами, им прочитывалась короткая лекция о сути (целях и задачах) программ снижения вреда от наркотиков, в которой особенно уделялось внимание и обсуждение векторов направленности этих программ: вектор, направленный на личность, которая является потребителем инъекционных наркотиков (ПИН), и на общество/социум, в котором эта личность проживает. После лекции респонденты могли получить ответы, интересующие их, и уточнить некоторые вопросы, касающиеся программ заместительной терапии. Далее респондентам предлагалось вновь заполнить анкету, которая была идентична первой анкете. В данной анкете было примечание: в случае, если респондент отвечал "Не знаю, затрудняюсь с ответом", ему предлагалось ответить ещё на один вопрос и выбрать один ответ: "Ваше затруднение связано с тем, что:

1) Я не знаю или знаю очень мало об этих программах, поэтому затрудняюсь с ответом;

2) Я достаточно информирован об этих программах, но затрудняюсь с ответом".

Эти вопросы помогли выявить уровень общей осведомленности о данных программах. После результаты ответов сравнивались.

Однозначно было отмечено повышение числа ответов в пользу внедрения программ длительной заместительной поддерживающей терапии метадона после предоставления более подробной информации о данных программах. Во время дискуссий, основными возражениями и аргументами против метадоновых программ (в группе общего населения, медицинских работников и в меньшей степени наркозависимых) были те аргументы, что "Нет смысла один наркотик заменять другим", "Это не поможет наркоману избавиться от его зависимости". То есть, фокус внимания был сосредоточен на личность наркомана и его состоянии (персональный вектор), а не на социум, в котором проживает ПИН (те, кто не хотят или не могут освободиться от зависимости) и, соответственно, потенциально-гипотетический вред обществу (социальный вектор). Наиболее категоричной и изменчивой, в отношении полярности изменения мнения, оказалась группа медицинских работников, занятых в сфере наркологической помощи. Большинство ответов "Не знаю, затрудняюсь ответить" имели причину "1) я не знаю или знаю очень мало об этих программах, поэтому затрудняюсь с ответом" (до 70% в некоторых подгруппах опрашиваемых).

Таким образом, сделали вывод авторы работы, есть рациональная необходимость расширения информационного пространства и дальнейшего обсуждения вопроса, связанного с программами длительной заместительной поддерживающей терапии метадона (Алтынбекова Г.И., Кожахметова Б.А., Россинский Ю.А. "К вопросу о заместительной поддерживающей терапии метадона", г. Павлодар, г. Караганда, 2004).

Конечно есть, уважаемые коллеги, ведь общество верит вам! Верит каждому слову, произнесённому опытными практикующими врачами. Но эти люди вряд ли осознают, что им говорят далеко не всю правду о последствиях введения программ заместительной терапии в их стране. Им не рассказывают о других возможных методах лечения и реабилитации наркозависимых. А зачем? Вас об этом не просили, значит и не надо. Достаточно народу и этого, ведь это их дети, а не ваши – пусть и страдают...Пусть каждый день подходят к окошку, получают свою дозу наркотика и не мешают вам жить спокойно, не задумываясь о поисках действительного выхода из тупика, в который их загоняют "лекари", подобные вам. Но рано или поздно за всё в этом мире приходится платить, ни с кого не снята ответственность перед Богом! Никак нельзя об этом забывать.

Но специалистов такого рода мало интересует морально-этическая сторона дела. Их первоочередной задачей является внедрение во всём среднеазиатском регионе как можно большего количества программ заместительной терапии, будь то метадон, бупренорфин или ещё что-либо подобное.

И вот, совсем недавно, ещё одна соседняя с ними республика отреагировала положительно на развёрнутую активную пропаганду идей заместительной терапии. С начала февраля 2006 года в Ташкенте, Узбекистан, стартовал первый в этой стране пилотный проект по проведению этих экспериментов. Реализация проекта, рассчитанного на 6 месяцев, осуществляется на базе Ташкентского городского наркологического диспансера. Как заявляют его организаторы и идейные вдохновители, данная программа заместительной терапии ориентирована, в основном, на пациентов, регулярно употребляющих наркотики внутривенно, и имеющих положительный ВИЧ-статус. Однако, необходимо отметить, на самом деле достаточно иметь в анамнезе опииную/опиоидную зависимость с регулярным внутривенным употреблением наркотиков на протяжении более 2-х лет и неудачными попытками лечения, чтобы быть включённым в программу. Планируемый охват пациентов к моменту завершения проекта – 125 человек. При приёме пациентов в программу ЗТ соблюдаются принципы конфиденциальности и бесплатности предоставления услуг. В качестве ключевого препарата при проведении заместительной терапии выбран бупренорфин. Но это пока, а что будет дальше – время покажет...

Решение о включении пациентов в программу заместительной терапии принимает консультативно-отборочная комиссия. На заседании комиссии предоставляются: паспорт пациента (или в случае отсутствия, другой документ, который удостоверяет личность); записи врача-нарколога с обоснованным диагностическим решением; данные лабораторных исследований, согласованный лечебный план и письменное заявление пациента. Обязательным является оформление специального терапевтического контракта, где указан порядок лечения, требования к пациенту и персоналу, а также порядок добровольной или административной выписки (по данным Интернет-сайта AIDS.uz).

Тем временем, специальный посол Генерального секретаря ООН по вопросам ВИЧ/СПИДа в странах Азии и Тихоокеанского региона доктор Нафис Садык на пресс-конференции 11 июля 2006 года в Доме правительства Киргизии заявила, что Киргизия является одним из государств, где есть закон о ВИЧ/СПИДе, и этот закон работает. Насколько нам известно, именно из Киргизии исходит наибольшее количество инициатив по распространению "Программ снижения вреда" на весь среднеазиатский регион.

Государственный секретарь Киргизии Адахан Мадумаров в ходе той же пресс-конференции 11 июля выразил благодарность Генеральному секретарю ООН Кофи Аннани за то, что он лично попросил госпожу Нафис Садык посетить Киргизию с целью ознакомления с ситуацией по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Адахан Мадумаров сказал: "Я выражаю благодарность за высокую оценку со стороны ООН, данную нашему государству, в которой отмечается, что наша программа и наши действия являются одними из лучших в Центрально-азиатском регионе". "Как вы знаете, уровень заболеваемости ВИЧ/СПИДом в странах СНГ стремительно растёт. ВИЧ/СПИД является одной из самых быстро распространяющихся эпидемий в мире. Наиболее высокий уровень зарегистрирован в России и Украине. В странах Центральной Азии этот показатель самый низкий, но все же имеются определенные факторы риска", - пояснила Нафис Садык. Она положительно отозвалась о программах по борьбе с ВИЧ/СПИДом, которые успешно реализуются в Киргизии, отметив: "С первых этапов борьбы с ВИЧ/СПИДом правительство Киргизии принимает активное участие в этих программах. Было бы хорошо, если бы ваша страна поделилась своим опытом с другими республиками региона" (Источник – информационное агенство "Regnum", 2006).

Таким образом, в нашем обществе, благодаря продуманной до мелочей и пока успешно работающей стратегии, по-прежнему бытует мнение, что при помощи метадона можно "снять" больного с героина или любого другого опиоидного наркотика, то есть,

снят с одного наркотика, целесообразно посадить на другой. Однако, нельзя не учесть тот факт, что в таком случае создастся ложное представление об активной борьбе с наркоманией (и всеми сопутствующими ей заболеваниями, в том числе ВИЧ-инфекцией) и вероятной степени её излечения. Это, в свою очередь, приведёт к снижению обеспокоенности общества данной проблемой, к криминализации учреждений, проводящих метадоновые программы, "утечке" метадона на нелегальный рынок наркотиков. Учитывая высокую коррумпированность нашего общества на различных его уровнях, особенно властного и чиновничьего аппаратов, мы нисколько в этом не сомневаемся.

В тоже время для каждого серьёзного исследователя проблем наркомании совершенно очевидно, что внедрение метадоновых программ приведёт к консервации проблемы потребления наркотиков в нашей стране, так как метадоновые программы по существу не являются ни профилактическими, ни масштабно терапевтическими [19]. Многие страны уже прошли этот этап, в полной мере прочувствовав и осознав всю его губительную "пустоту", а нам с всё возрастающей настойчивостью пытаются помочь вступить на него.

Константин Леженцев, менеджер программ "Международной программы снижения вреда", в своём докладе, написанном на базе основополагающих документов этой известной международной организации, под названием "Заместительная терапия метадонном – основной фактор обеспечения доступа ВИЧ-позитивных потребителей наркотиков к Антиретровирусной (АРВ) терапии", признаёт: "Расширение масштабов внедрения метадоновой терапии в странах Восточной Европы, а также интеграция метадоновых программ в систему оказания медицинской помощи ВИЧ-позитивным пациентам является сложной задачей, решение которой потребует объединенных усилий со стороны ВИЧ-активистов, работников "снижения вреда" и представителей правозащитных организаций.

Следует выделить ряд основных препятствий для успешного продвижения метадоновой терапии и обеспечения доступа к АРВ лечению для потребителей наркотиков:

- Приоритетность силовых методов решения проблемы наркотиков по сравнению с принципами здравоохранения и прав человека;
- Метадон должен стать неотъемлемым компонентом лечения ВИЧ-инфекции и должен быть включен в Список Необходимых Лекарственных Средств ВОЗ.
- Принимая во внимание, что доставшаяся в наследство от Советского Союза система здравоохранения основана на полной специализации служб наркологии и ВИЧ/СПИД, необходимо реформирование медицинской службы с целью интеграции этих и других необходимых служб для создания принципа "на месте".

Этот доклад был озвучен в городе Будапешт, Венгрия, в 2001 году и мы считаем, что данная стратегия, как и целый ряд подобных ей, разработаны целой группой людей специально для охвата как можно большего количества потребителей инъекционных наркотиков метадоновым "облаком". При этом первоначально говорится только о ВИЧ-позитивных лицах, страдающих наркоманиями, но в дальнейшем контингент расширяется, со временем охватывая максимально возможное количество потребителей инъекционных наркотиков. Ведь понятие "менеджмент" – абсолютно немедицинское, представители этого рода деятельности должны думать лишь о продвижении порученного им продукта. В данном случае – метадона. Вообще, удивительно – некий менеджер вдруг получает право рассуждать о необходимости реформирования системы здравоохранения всего бывшего Советского Союза, причём в 2001 году, когда в большинстве своём она уже произошла. Но этого для подобных ему "специалистов" недостаточно. Ведь сопротивление внедрению деструктивных по своей сути "Программ снижения вреда" продолжается, а значит, делает вывод автор упомянутого выше доклада, никакого отношения к медицине не имеющий, необходимо продолжить реформирование наркологической службы всех стран, некогда входящих в один блок. Только вот в данном контексте правильнее называть вещи своими именами, и слово "реформирование" господину Леженцеву в своём псевдонаучном сообщении сменить на "разрушение". Вот тогда мы сможем выразить ему благодарность за честность и открытость при решении столь важных государственных вопросов. Конечно же, никто из лоббистов всех вышеуказанных программ никогда не скажет нам правду, это не в их интересах. Таким образом, врачей постепенно оттесняют на задний план, ведь главное для людей от коммерции – успешный бизнес. Для этого и разрабатываются подобные стратегии. При этом никто не думает о человеческом факторе, врачи в данном случае оказываются всего лишь инструментом в чьих-то ловких руках. К нашему глубочайшему сожалению, далеко не все медицинские и социальные работники это понимают, либо в силу каких-то субъективных причин отказываются принимать данное утверждение. В данной работе мы попытались предоставить как можно больше правдивой информации, обличающей ту полуправду, а порой и откровенную ложь, которыми продолжают пичкать наши народы.

Для облегчения маневрирования в непростых для "метадоновых менеджеров" условиях, были даже созданы специальные таблицы, в которых указаны все основные государственные и общественные силы стран Восточной Европы, противодействующие внедрению разрушительных по своей сути программ или, наоборот, поддерживающие их. Они разбиты на несколько групп: врачи, неврачебный персонал медучреждений, научно-медицинские учреждения, правительство/парламент, органы местного самоуправления, страховые компании, пациенты и их родственники, общественные организации, иностранные организации, средства массовой информации, церковь. Количество звёздочек рядом с каждой из них обозначает степень их активности, в соответствии с чем определяются дальнейшие векторы лоббирования интересов сторонников программ заместительной терапии. Чем-то это напоминает военные действия и карты захвата новой территории...Чтобы не быть голословными, представим и Вашему вниманию плоды неизвестных нам экспертов, продолжающих разрабатывать коварные стратегические планы вовлечения в свои сети всё новых и новых жертв под прикрытием благих намерений.

Таблица №6. Сторонники заместительной терапии.

	B&H	BUL	CRO	CYP	CZ	GRE	HUN	POL	SLK	TUR
Врачи	***		***	****	**		**	*****		
Неврачебный персонал медучреждений				***	****		***			
Научно-медицинские учреждения					***					***
Правительство/парламент	**				*			*		***
Органы местного самоуправления								**		
Страховые компании										
Пациенты и их родственники	****	****	****	**		****	****	****	*****	***
Общественные организации		*		*	*					***
Иностранные организации		***					*	***	****	
СМИ	*	***								

Таблица №7. Противники заместительной терапии.

	B&H	BUL	CYP	CZ	GRE	HUN	POL	SLK	TUR
Врачи			*****			**		***	
Неврачебный персонал медучреждений			****				*****		**
Научно-медицинские учреждения		****							
Правительство/парламент						****	***	**	
Органы местного самоуправления				****					**
Страховые компании							****		
Пациенты и их родственники									
Общественные организации					****				
Церковь				*****	****		*	****	
СМИ						***	**		

Сокращения: B&H – Босния и Герцеговина, BUL – Болгария, CRO – Хорватия, CYP - Кипр, GRE - Греция, HUN - Венгрия, POL - Польша, SLK – Словакия, TUR - Турция.

Каждому внимательному зрителю видно, что в первой таблице звёздочек больше, чем в первой. Так мы проигрываем свои страны.

Конечно, очень трудно бороться со столь хорошо оснащённой и организованной Всемирной сетью, имеющей в своём арсенале множество людей, техники, оборудования, предназначенных только для одного – продвижения своей продукции. Остаётся лишь информировать государство и общество о реалиях происходящей интервенции, а дальше дело за ними. Только сплотившись в единый фронт, можно отстоять будущее своего народа. Единственное условие – противодействие угрозе нации должно быть своевременным, иначе можно просто постоять “у разбитого корыта” и затем рухнуть на колени...

Российская Федерация на представленных таблицах не обозначена. К сожалению, в нашем распоряжении не оказались данные анализа неведомых экспертов в отношении России, однако абсолютно точно, что графические материалы, описывающие ситуацию с продвижением “Программ снижения вреда” на территории нашей страны где-то существуют, анализируются и дополняются в зависимости от изменения отношения к ним в тех или иных группах. И это отнюдь не паранойя – это реалии нашего безумного времени!

В своих аналитических работах некоторые энтузиасты повсеместного внедрения программ заместительной терапии удивляются, что оппозиция к ним в нашей стране имеет такой стойкий характер именно со стороны профессионалов. Также они отмечают, что негативные мнения о внедрении подобных методов в отечественную наркологическую практику особо активно высказывают представители религиозных организаций, врачи, сотрудники научно-медицинских учреждений, в некоторых случаях – сотрудники общественных организаций. Эта ситуация напоминает им отношение многих западноевропейских психиатров к терапии нейролептиками в пятидесятые годы, когда считалось, что “настоящее” лечение шизофрении – это психотерапия, а нейролептики только подавляют симптомы. Необходимость такого лечения, говорят они, теперь не вызывает сомнений у психиатров и не провоцирует большого сопротивления со стороны общественности. И по их словам: “Побочные действия метадона гораздо менее выражены, чем у типичных нейролептиков, препаратов лития и трициклических антидепрессантов”. Нас же, наоборот, очень обнадеживает тот факт, что несмотря на активную пропаганду метадона и подобных ему “заменителей” наркотиков в России и некоторых странах Восточной Европы по-прежнему сохраняется достаточно большое количество здравомыслящих специалистов, не позволяющих этой “отраве” проникнуть и навсегда поселиться в телах их пациентов. И тем самым окончательно уничтожить всякую надежду на полное освобождение от наркотической зависимости.

В качестве ещё одного подтверждения поступающей информации о продолжении наступления на ближайших соседей представляем Вашему вниманию совместное обращение исполнительного директора Отделения по Европе и Центральной Азии Холли Картер, сотрудника программы “ВИЧ/СПИД и права человека Ребекки Шлейфер” к премьер-министру Украины Ю.Тимошенко от 15.07.2005 года. В нём вышеуказанные лица как достойные представители своих организаций призывают к повсеместному разворачиванию на территории Украины программ заместительной терапии. Копии этого обращения были разосланы одновременно вице-премьеру, министру Внутренних Дел, главе Службы безопасности, председателю Комитета по контролю за наркотиками Украины, Уполномоченному по правам человека в данном регионе.

Уважаемая госпожа Премьер-министр!

Обращаемся к Вам с выражением глубокой обеспокоенности в связи с недавними сообщениями о предложенном Кабинетом министров пересмотре Перечня наркотических средств с отнесением метадона к запрещённым препаратам, что исключит возможность его использования в терапевтических целях. Такая инициатива противоречит рекомендациям международных организаций в области здравоохранения и борьбы с наркотиками об использовании заместительной терапии, в том числе на основе метадона, в качестве одной из составляющих программ профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа на Украине.

Зависимость от наркотиков опиумной группы служит одним из серьёзных факторов распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа на Украине. Ограничение доступа к заместительной терапии будет иметь катастрофические последствия для прав граждан на жизнь и наивысший достижимый уровень здоровья – применительно как к ВИЧ-позитивным лицам и представителям групп риска, так и к тем, кто нуждается в лечении зависимости от наркотиков опиумной группы. Настоятельно призываем Вас не допустить каких-либо изменений в украинском законодательстве и практике, которые затрудняли бы потребителям инъекционных наркотиков доступ к метадону и другим аналогичным препаратам. Также настоятельно призываем Вас обеспечить немедленную доступность препаратов-заменителей для всех, кто нуждается в лечении.

На Украине насчитывается около 360 тысяч лиц, инфицированных ВИЧ или больных СПИДом, подавляющее большинство которых заразились через инъекционное наркопотребление. Эффективность заместительной терапии, в частности на основе метадона, в сокращении незаконного потребления, а также связанных с этим преступлений, случаев смерти от передозировки и опасного поведения, такого как совместное пользование шприцами, подтверждена обширным массивом исследовательских и оценочных работ. Исходя из этого, Всемирная Организация Здравоохранения (WHO), Управление по наркотикам и преступности (UNODC) и Объединённая программа по ВИЧ/СПИД (UNAIDS) выступили в 2004 году с совместным заявлением, в котором рекомендуется включение заместительной терапии, в том числе на основе метадона и бупренорфина, в национальные программы профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом – в качестве как меры профилактики ВИЧ-инфекции, так и способа обеспечения дисциплины антиретровирусного и последующего общего лечения для наркопотребителей, страдающих зависимостью от наркотиков опиумной группы. Данная рекомендация особенно актуальна для таких стран, как Украина, где зависимость от наркотиков опиумной группы служит серьёзным фактором распространения ВИЧ-инфекции. В совместных рекомендациях также подчёркивалась важность обеспечения доступа к различным заменителям, поскольку эффективность применения того или иного препарата зависит от индивидуальных особенностей человека.

Мы не отрицаем, что Украиной предприняты важные шаги по внедрению заместительной терапии на основе бупренорфина в шести регионах, в наибольшей степени затронутых ВИЧ/СПИДом. Однако, как подчёркивается в докладе WHO, UNODC и UNAIDS о заместительной терапии на Украине (прим. авт. – июнь 2005 г.), этих пилотных программ недостаточно для обеспечения существующей потребности в лечении наркозависимости и, соответственно, для обуздания нарастающей эпидемии ВИЧ/СПИДа. В докладе указывается на, по меньшей мере, сопоставимую эффективность метадоновой терапии при существенно меньшей стоимости. Соответственно, правительству рекомендуется “сделать всё возможное для упрощения внедрения и распространения метадоновой терапии”.

В докладе также подтверждается соответствие заместительной терапии на основе метадона и других препаратов антинаркотическим конвенциям ООН 1961, 1971 и 1988 г.г. и отмечается, что “толкование украинского законодательства как разрешающего использование метадоновой терапии соответствовало бы указанным конвенциям. Украина также является участником Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, гарантирующего каждому человеку право на наивысший достижимый уровень здоровья. Запрещение терапевтического использования препарата, который для многих составляет единственную надежду на излечение от

наркозависимости и позволяет существенно снизить риск заражения ВИЧ-инфекцией и другими передающимися через кровь заболеваниями, является прямым вмешательством в право на здоровье.

В настоящее время, с запуском бупренорфиновой терапии и расширением охвата программ АРВ, Украина находится на переломном этапе в своих усилиях по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Критически важно, чтобы в этой ситуации страна задействовала все имеющиеся возможности. Настоятельно призываем Вас использовать свои полномочия для включения метадона в процесс быстрого развёртывания в стране методик заместительной терапии, способствовав таким образом формированию условий, в которых все украинцы могли бы в полной мере реализовать свои права на жизнь и здоровье".

Интересно получается – отнесение метадона к запрещённым препаратам суверенным государством и "ограничение доступа к заместительной терапии будет иметь катастрофические последствия для прав граждан на жизнь и наивысший достижимый уровень здоровья - применительно как к ВИЧ-позитивным лицам и представителям групп риска, так и к тем, кто нуждается в лечении зависимости от наркотиков опиумной группы"?

С каких это пор защита психического и физического благополучия граждан своего государства несёт "катастрофические последствия для прав граждан на жизнь и наивысший достижимый уровень здоровья"? И с каких это пор замена одного опиумного наркотика на другой есть "наивысший достижимый уровень здоровья"? Почему такая подмена понятий: метадоновая наркомания есть "наивысший достижимый уровень здоровья"? Что за дьявольские козни?! И разве мы не увидели на практике больных, находящихся на метадоновой терапии, что из себя представляет этот "наивысший достижимый уровень здоровья"?

С каких это пор вмешательство одних сил, пусть и наднациональных (в частности ВОЗ и ООН), в дела независимого государства является нормой дипломатических отношений в мире?

И разве видимость борьбы с наркоманией и чудовищно ложная подмена понятий не есть прямое вмешательство в право на здоровье граждан других стран?!

Тем не менее, судя по всему, подобные письма всё же способствуют повышению лояльности правительственных чиновников, в силу своей некомпетентности по данным вопросам, доверяющих мнению сотрудников, казалось бы, авторитетных международных организаций.

Даже сторонники внедрения программ заместительной терапии на Украине сообщают: "В настоящее время приходится признать, что проведение заместительной терапии в том или ином государстве - не столько чисто медицинская проблема, сколько проблема государственной политики в области контроля наркотиков, законодательной базы и биоэтики.

Л. В. Власенко, Всеукраинская наркологическая ассоциация, г. Днепропетровск

Необходимость начала проведения заместительной терапии в Украине провозглашена в Программе профилактики ВИЧ-инфекции и СПИД на 2001-2003 год (Постановление Кабинета Министров Украины № 790 от 11.07.2001г)

Статья 36 этого документа гласит "Начать введение заместительной терапии с целью уменьшения риска инфицирования потребителей инъекционных наркотиков ВИЧ и возбудителями других заболеваний передающихся через кровь".

Более того, заместительная терапия вошла в "Унифицированные стандарты наркологической помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях Украины" (приказ МОЗ Украины №226 от 27.07.1998 года).

В лечебных комплексах №6 и №7 предусмотрено назначение заместительной терапии зависимым от опиатов по индивидуальной схеме, причем замещающий препарат не оговорен и следовательно врач имеет право использовать любой из доступных замещающих опиатов. В настоящее время таким препаратом является бупренорфин, который зарегистрирован в Украине и налажено его отечественное производство.

На территории этого государства все подобные проекты финансирует Международный Благотворительный Фонд "Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине" при поддержке Глобального Фонда борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулёзом и малярией.

По данным на начало 2005 года на Украине были запущены пять пилотных проектов по заместительной терапии – в Херсонской, Николаевской, Днепропетровской областях, Крыму и Киеве. Несмотря на активные протесты со стороны некоторых представителей украинской общественности, шестой проект стартовал в том же году и в Донецкой области. Запуску проекта в Донецке предшествовал круглый стол, участники которого вновь попытались определить и объяснить в чём же суть заместительной терапии. В поддержку приводились положительные результаты, достигнутые, например, в Херсонской области. Также рассказывалось о примерах мировой практики заместительной терапии, которая оказалась успешной для тех, кто добровольно стремился преодолеть недуг. О степени достоверности информации, предоставляемой всем участникам подобных мероприятий, мы уже писали выше, но люди, присутствующие на них, естественно, верят на слово, казалось бы, авторитетным специалистам, даже не подозревая, что их сознательно вводят в заблуждение.

Деньги на покупку французского препарата "Эднок", сублингвальной формы бупренорфина гидрохлорида, сотрудники нового Центра заместительной терапии получили через Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине. Известно, что стоимость

препарата для лечения одного больного в месяц - около 100 долларов США (в год до 1500\$), при этом период терапии определяется индивидуально. Естественно, что идеологи нового проекта стараются не упоминать о степени готовности всей инфраструктуры, необходимой для повышения эффективности заместительной терапии, в итоге гипотетически провозглашающей полный отказ от любых наркотиков. Если посчитать расходы на всех специалистов, которых необходимо задействовать в системе постепенной реабилитации пациента, включённого в подобные проекты, сумма получится намного выше. В тоже время задействованные в реализации программ ЗТ специалисты говорят: "Заместительная терапия – это комплекс мер по социально-психологическому сопровождению клиента, а не сухое назначение наркотического вещества. Но полный отказ от наркотика в заместительной терапии – это нарушение идеологии самой терапии. Мы будем стремиться к тому, что происходит в той же Литве или Польше, где дозу препарата постоянно снижают и переходят на полный отказ от него. Во время лечения проводится мониторинг, больной обязан сдавать анализы на наличие наркотика в крови без предупреждения. Хотя в каждом случае всё решается индивидуально, принцип один – отказ колоться". Так говорит Иван Цыба, главный врач Донецкого областного наркологического диспансера.

И вот, уже Одесская область вступила на скользкий путь, предложенный украинскому обществу известными своими сомнительными инициативами международными организациями. Таким образом, как сообщили ЛІГАБізнесІнформ в пресс-службе Министерства здравоохранения Украины, сегодня заместительная терапия на Украине внедрена в виде пилотных проектов в семи регионах Украины (Автономная Республика Крым, Одесская, Днепропетровская, Донецкая, Николаевская, Херсонская области, город Киев), то есть в тех регионах, где темпы распространения ВИЧ-инфекции являются наивысшими. Далее уточняется, что данный вид терапии применяется только для ВИЧ-инфицированных инъекционных наркоманов, получающих антиретровирусную терапию (Интернет-источник "Elcomart-news", 2006 год). Мы уверены, что в программы ЗТ включают не только ВИЧ-позитивных наркозависимых. Но даже если всё происходит согласно информации в выпущенном пресс-релизе, с учётом всех приведённых в данной работе статистически достоверных данных о полной бесперспективности влияния программ ЗТ на распространённость ВИЧ/СПИД в регионах, где они работают, остаётся лишь сожалеть о выборе такого "тупикового" подхода в лечении наркотической зависимости нашими украинскими коллегами.

По завершению пилотных проектов, государству предстоит решить – продолжить его применение, выделив необходимые средства или найдя очередного донора, либо забыть, как о бесперспективном. Последний вариант маловероятен, поскольку финансово заинтересованные стороны не позволят сделать такой шаг.

А вот что пишет по этому поводу Александра Кужель, представитель наблюдательного совета Всеукраинского родительского комитета борьбы с наркотиками.

"К сожалению, официальная медицина не обременяет себя поиском эффективных способов лечения и реабилитации наркозависимых. Вместо этого Министерство здравоохранения в качестве спасательной соломинки предлагает программу так называемой заместительной терапии, которая финансируется Международным фондом "Возрождение". В Украине все чаще звучит и уже становится обычным слово "метадон", который нам откровенно навязывают в качестве главного рецепта для лечения наркомании.

Авторы заместительной терапии уверяют, что, постепенно снижая дозу метадона, можно избавиться от зависимости и отказаться от наркотиков, а со временем вернуться к полноценной жизни в обществе.

Реальная ситуация свидетельствует о другом. Метадон уже десятки лет используется в международной наркологической практике и, как выяснилось, ни в одной стране не дал эффективных результатов. Доказано, что у метадона более сильное и длительное действие, чем у героина, и он быстро вызывает новую зависимость. Возникла даже новая категория наркоманов — метадонозависимые.

Специалисты-наркологи во многих странах давно пришли к выводу: проблему наркомании решить только заменой одного наркотика другим невозможно — "золотой" таблетки, которая бы могла вылечить наркомана, не существует.

Ассоциация МОНАР в Польше, у которой одна из самых эффективных методик реабилитации наркозависимых в мире, за всю 25-летнюю историю деятельности никогда не применяла лечение метадоном. По их мнению, у каждого человека должен быть шанс на выздоровление.

Известный шведский врач-нарколог Томас Халлберг откровенно называет метадоновую терапию "тупым инструментом, который в неумелых руках может нанести большой вред индивиду и обществу".

В Российской Федерации, чтобы не наступать на те же "грабли", законодательно запретили применять метадон в программах лечения и реабилитации наркозависимых.

Категорическую позицию против метадоновых программ в Украине занимает общественная организация "Всеукраинский родительский комитет борьбы с наркотиками". Родители, преодолевшие проблему в собственных семьях, знают о ней не из книг. Их собственный жизненный опыт однозначно подтверждает: метадон - это опасный наркотик, вызывающий быстрое привыкание, ещё большую зависимость, чем героин, и необходимость постоянно увеличивать дозы. Он не замещает другие наркотики, а является только добавкой к наркоманскому "рациону". А самое главное – метадон лишает наркомана мотивации к лечению. В сущности, это сознательное продолжение наркотизации под медицинским контролем.

Свою позицию по поводу внедрения метадона неоднократно высказывал начальник департамента по борьбе с незаконным оборотом наркотиков МВД Украины Анатолий Науменко. Метадоновые программы – это сознательный обман, считают представители правоохранительных органов, ведь вместо лечения больных их окончательно "подсаживают" на опасный наркотик. За новой терминологией о методиках "снижения вреда" скрывается лоббирование бизнес-интересов западных фармацевтических фирм — производителей метадона, которым нужны новые рынки сбыта.

Правоохранители свидетельствуют: ещё до внедрения заместительной терапии на "чёрном" рынке в Украине уже появились первые партии метадона. Стоимость одного грамма достигает 150—200 долларов США. Сможет ли врач, месячная зарплата которого намного ниже этой суммы, отказаться от искушения улучшить свое материальное положение? Метадоновая программа только расширяет спектр наркотиков.

В наших условиях методика замещения сильных наркотиков "чистыми", наподобие метадона, под контролем врача – это, в сущности, капитуляция перед наркоманией. Это бессильное признание того, что сотни тысяч молодых людей сегодня не смогут прожить без "химического костыля". Аргументы, напоминающие те, что деньги, полученные сегодня наркодельцами, будут идти в государственную казну, — не менее циничны. Государство не может зарабатывать на вреде здоровью своих граждан!

Единственная разумная альтернатива сомнительным медикаментозным методикам — это программы социально-психологической реабилитации наркозависимых, коллективная психо- и трудотерапия, немалый опыт использования которых есть у нас в Украине. К сожалению, его на протяжении длительного времени фактически игнорируют чиновники. Нужна деятельная поддержка и помощь государства, ведь сегодня вся работа проводится только за средства родителей, общественных и благотворительных организаций. Но государство, в свое время разрушившее систему лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП) в официальной наркологии, так ничего и не предложила взамен, оставаясь посторонним наблюдателем.

Сегодня нужны не кулуарные решения министерских чиновников, а открытый диалог со всеми здоровыми силами — специалистами, общественными активистами, социальными работниками, искренне заинтересованными в противодействии наркомании".

Полный текст данного обращения был опубликован в украинской газете "Зеркало Недели", №9, за 2005 год под названием "Наркотический паёк от государства, или нужны ли "костыли" наркоману?".

Почти мгновенно отреагировали сторонники внедрения программ заместительной терапии на Украине, опубликовав в Интернете гневный, полный сарказма, ответ на открытое честное обращение представителя наблюдательного совета Всеукраинского родительского комитета борьбы с наркотиками к общественности. Озаглавили они его в соответствии со всем содержанием статьи, насыщенной злыми выпадами в сторону всех защитников "абстинентной" реабилитации в лице автора предыдущего текста: "Не стоит, господа Кужель, иронизировать...". В данном ответе содержалась, как это принято у сторонников заместительной терапии во всём мире, полуправда, смешанная с откровенной ложью, в отношении эффективности вышеупомянутых программ.

В частности, они пишут: "Вы считаете, что "метадон лишает наркомана мотивации к лечению". Однако результаты исследований доказывают обратное. Так, американские исследователи Дж.Болл и Э.Росс изучали эффективность шести метадоновых программ, в которых участвовали более тысячи пациентов. И пришли к выводу: хорошо налаженные системы консультативной помощи дают возможность полностью пресечь употребление наркотических веществ путем инъекций около 70% клиентов программ заместительной терапии. Изучение влияния психосоциальной поддержки в программах заместительной терапии другими американскими исследователями — Т. Макленоном и И. Арндтом — продемонстрировало, что социально-психологические услуги, которые являются частью программ заместительной терапии, способствуют поиску работы клиентами, снижают их уголовную активность, улучшают психическое здоровье". Но ведь нельзя на основании всего лишь одного, допустим, крупномасштабного исследования, делать такие скоропалительные однозначные выводы, тем более ничего сенсационного вышеуказанные исследования не сообщают. Таким образом, абсолютно непрофессионально подаётся материал сомнительного содержания, выдаваемый при этом за серьёзные научные изыскания. Его сугубо пропагандистская направленность не вызывает никаких сомнений. Даже, если не смотреть в конец подобных обращений, где обычно сообщают свои данные их авторы, абсолютно понятно, что написавшие подобные статьи люди являются либо финансово заинтересованными лицами, обрабатывающими свои гонорары, либо сотрудниками Центров, существующих на деньги международных фондов, активно лоббирующих продвижение "Программ снижения вреда" в страны Восточной Европы и Средней Азии.

Далее те же авторы пишут: "Упомянутый вами опыт польских МОНАРов, которые "за всю 25-летнюю историю деятельности никогда не применяли лечение метадоном", действительно заслуживает уважения. Но следует учитывать, что в Польше программы заместительной терапии действуют ещё с 1993 года. Сосуществование программ заместительной терапии и социально-психологической реабилитации в демократическом государстве говорит о заинтересованности в решении этой проблемы и профессионализме в постижении реальных путей ее преодоления. При этом хочется подчеркнуть, что такие программы рассматриваются не как альтернатива, а как разумное сочетание для достижения максимально эффективного результата". А на самом деле ни о каком сочетании работы реабилитационных центров, работающих по польской программе МОНАР, и методик заместительной терапии не может быть и речи. Эти два абсолютно разных подхода к лечению, реабилитации и ресоциализации наркозависимых созданы в Польше независимо друг от друга и с противоположными целями. Причём программы трудовой психо-социальной реабилитации, основанные на принципах полного отказа от наркотиков, появились в Польше раньше запуска программ заместительной терапии. И никогда метадоновые программы, и в этой стране финансируемые представителями всё тех же организаций, не смогут достичь даже подобия тех положительных для польского общества результатов, которые достигнуты в МОНАРе. А вот ухудшить выздоровление ребят, прошедших полный курс реабилитации в Центрах, основанных на принципах полного отказа от наркотиков, могут. Ведь они настойчиво предлагают каждому ВИЧ-инфицированному перейти на метадон вместе с получением антиретровирусного лечения, "подсаживая" всё большее их количество на "легальные" наркотики. А многие из ребят, закончивших программы в МОНАРе являются ВИЧ-положительными, хотя живут при этом нормальной, трезвой жизнью здорового человека.

Далее по тексту: "Что же касается обогащения "государственной казны" от продажи метадона, то мы имеем дело не с поступлением денег в казну, а с прекращением финансирования наркобизнеса. Так, наркоман, расходующий 30—50 долларов в день на наркотики, попав в программу заместительной терапии, недоплачивает наркобизнесу как минимум 10000 долларов в год. Нетрудно подсчитать, что сто наркоманов способны лишить наркобизнес, по меньшей мере, 1 млн. долларов в год! Так кому же, кроме наркобизнеса, невыгодны программы заместительной терапии?" А вот за подобные вопросы людей, подписавших под столь громогласным обвинением, может привлечь к ответу каждый человек, работающий в сфере борьбы с

наркобизнесом, при этом выступающий против внедрения программ заместительной терапии на территории своей страны. Но мы не будем делать этого, просто опубликуем чуть ниже их фамилии. За свои слова и поступки нужно отвечать, если не перед судом, так перед обществом и, конечно, Богом. Ну а пока давайте переведём кое-какие данные на язык цифр, после чего немного порассуждаем...

Возьмём, к примеру, Душепопечительский Православный Центр святого праведного Иоанна Кронштадтского, возглавляемый иеромонахом Анатолием (Берестовым), расположенный в городе Москве. На сегодняшний день в России с момента начала его деятельности, благодаря слаженной работе всех сотрудников, прекратило употреблять наркотики более 2500 человек. Если приблизительно подсчитать, сколько каждый день не получают наркотики от этих ребят, получается сумма в 2,5 миллиона рублей, исходя из минимальной стоимости грамма героина в 1000 рублей (хотя сейчас она выше). А теперь, чтобы определить объём ущерба наркомафии за один год трезвости вновь спасённых жизней, умножим эту цифру на 365 (дней в году). В итоге мы получаем 912 миллионов 500 тысяч рублей в год. В пересчёте на доллары США – 31 миллион 200 тысяч в год не оседают в карманах “теневого” дельцов. Одновременно с этим, явно немаленькую сумму не получают и производители метадона, бупренорфина и иже с ними. И за это им, вероятно, очень обидно – столько “клиентов” обошлось без них!

При этом “специалисты”, подобные этим яростным адептам заместительной терапии, абсолютно не хотят видеть никакой другой альтернативы своим чудовищным программам, постоянно забывая об опыте многих стран в создании эффективно работающих Центров реабилитации, основанных на духовно ориентированных методиках традиционных вероисповеданий (православной, католической). К сожалению, мусульмане пока слабо работают в этом направлении, но всему своё время. При этом никто не отрицает роли медицины в функционировании подобных программ. Однозначно необходимо взаимодействие со всеми заинтересованными медицинскими подразделениями и структурами. Но без всякой заместительной терапии – принципы “абстиненции” должны строго соблюдаться. Только тогда можно говорить о реальных результатах в достижении максимально здорового эффекта для человека и общества, но не о той мнимой иллюзии выздоровления, которую постоянно пытаются навязать нам наймиты иностранных фармацевтических корпораций.

И вот, в своём наполненном ложью ответе, авторы продолжают развивать свою мысль: “Не стоит, госпожа Кужель, иронизировать по поводу заместительной терапии как “панацеи” от ВИЧ/СПИД, ведь статистические данные свидетельствуют о том, что от 60 до 70% ВИЧ-инфицированных в Украине являются потребителями именно инъекционных наркотических веществ. И в данном случае заместительная терапия – это реальный шанс сохранить людям жизнь. И, в конце концов, давайте не будем нарушать пределы собственной компетенции и называть “сомнительными методами лечения” то, о чем мы мало знаем и что, возможно, просто непонятно. Иначе дискуссия о заместительной терапии приобретёт формы упоминавшихся вами “кулуарных решений”.

Чтобы дискуссия не приобретала подобные формы, мы вынесли её на эти страницы. И считаем, что авторы вышеприведённого текста в нём уже несколько раз нарушили пределы своей компетенции, называя вещи отнюдь не своими именами. Если им что-то непонятно, они всегда могут ещё раз внимательно прочитать всю нашу работу от начала до конца. После чего попытаться осознать, что то, чем они занимаются абсолютно неграмотно называть “реальным шансом сохранить свою жизнь” в полном понимании этого слова. Это всего лишь попытка окончательно превратить её в жалкое существование.

Очень неприятно молча наблюдать, как нас с вами пытаются обмануть. Поэтому мы вынуждены давать пояснения потоку лживой информации, смешанной с небольшим количеством искусно размещённых в нём правдивых фактов. Ведь эта информация потом широко и красиво размещается в Интернете, как правило, на сайтах борцов с распространением ВИЧ/СПИД, финансируемых теми же “правозащитными” организациями. В конце своего резюме, как и обещали, приведём данные лиц, подписавшихся под столь фальшивым обращением: Алла Бойко, магистр социальной работы, старший преподаватель Школы социальной работы им. В.Полтавца Национального университета “Киево-Могилянская академия”; Ирэна Грига, кандидат медицинских наук, руководитель Школы социальной работы им. В.Полтавца Национального университета “Киево-Могилянская академия”; Татьяна Семьгина, магистр социальной работы, руководитель магистерской программы “Социальная работа” Национального университета “Киево-Могилянская академия”; Дарина Богдан, бакалавр социальной работы (Киевский ресурсный центр по вопросам ВИЧ/СПИД). Пускай им будет стыдно за то, что они пытаются сделать со своей страной и её народом. Но вышеназванные люди – всего лишь “пешки в Большой Игре”.

Давайте просто полистаем ленты информационных агенств, сообщающие о текущих событиях, происходящих на Украине за период с 28 июня по 13 июля сего года.

28 июня 2006 года

На Украине насчитывается около 420 тысяч наркоманов

Украине принадлежит трагическое первенство по темпам распространения ВИЧ-инфекции, по причине распространённости инъекционного метода употребления наркотиков, среди стран европейского континента. На сегодняшний день в этой стране насчитывается около 420 тысяч человек, употребляющих наркотические вещества. Эту проблему и возможные пути её решения обсуждали 26 июня участники круглого стола "Современная наркополитика на Украине: проблемы, последствия, пути реформирования", приуроченного к Международному дню борьбы с наркоманией, сообщает корреспондент ИА "REGNUM".

Как сообщили представители и организаторы круглого стола, по мнению ведущих общественных экспертов и специалистов, реализация государственной политики в сфере противодействия наркомании и приостановлении распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа продемонстрировала непонимание основных принципов движущих сил эпидемий социально опасных заболеваний. Участники видят проблему также и в том, что в государстве отсутствует единая концепция наркополитики, которая могла бы определить основные приоритеты и подходы к решению проблем незаконного употребления, а также распространения наркотических веществ.

Организаторами и участниками круглого стола на первый план были вынесены такие вопросы, которые предлагается решить в первую очередь, такие как: - неудовлетворительные результаты реализации государственной наркополитики и идеологическая противоположность таких моделей наркополитики, как консервативная, предполагающая применение репрессивных методов, и прагматичная социальная модель; - несоблюдение прав человека в контексте двойной эпидемии ВИЧ/СПИДа – наркомании.

Во время круглого стола была предложена такая концепция пути реформирования наркополитики в Украине, в рамках которой основополагающими принципами являются декриминализация индивидуального употребления наркотиков, привлечение общественности к внедрению программ, распространение объективной информации, её доступность и доступность социальных и медицинских услуг.

Среди организаторов круглого стола: Международная программа уменьшения вреда, Институт открытого общества, Международный фонд "Возрождение", Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине и др.

Источник – www.regnum.ru

6 июля 2006 года

Украина лидирует по показателям распространения СПИДа в Европе: Посол ООН

"Вся деятельность Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) направлена на обеспечение интересов ребенка. Однако мы не внедряем гуманитарные проекты, а лишь предоставляем ресурсы, идеи. Украина лидирует по показателям распространения СПИДа в Европе.

Поэтому здесь очень важно применять профилактические мероприятия, чтобы предотвратить заражение среди детей и молодых людей.", - так очертил задание Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) директор его представительства Джерели Хартли сегодня, 5 июля, во время репрезентации во Львове проекта "Город, дружелюбный к ребенку", сообщает корреспондент ИА "REGNUM" во Львове.

Основными приоритетами деятельности Детского фонда Хартли назвал проведение профилактических мероприятий по предотвращению ВИЧ-СПИДа, обеспечение развития ребенка в раннем возрасте, а также разработка программы защиты детей. "Благодаря общему комплексу педиатрического лечения существенный прогресс наблюдается в профилактике вируса среди младенцев. Есть определенные достижения, в частности, во Львовской области. В целом, мы проводим адвокацию прав ребенка, занимаемся мониторингом, ведем диалог с властью, СМИ", - сообщил директор представительства. Он считает, что для решения многих проблем, связанных со здоровьем детей, нужна политическая воля украинского руководства.

Источник – www.regnum.ru

10 июля 2006 года

Кабмин разделит грант Глобального фонда на преодоление СПИДа

Кабинет министров обещает распределить основную часть возможного гранта Глобального фонда на преодоление СПИДа в Украине между международным благотворительным фондом "Международный Альянс ВИЧ/СПИД в Украине" и всеукраинской благотворительной организацией "Всеукраинская сеть людей, которые живут с ВИЧ" (ЛЖВ). Об этом сообщила пресс-служба Министерства здравоохранения Украины.

Согласно сообщению, эти организации будут являться основными реципиентами программы Глобального фонда по преодолению СПИДа в Украине. Также сообщается, что основная часть средств, выделенных Глобальным фондом, будет направлена на информационно-образовательные услуги и распространение средств индивидуальной защиты среди групп наибольшего риска заражения ВИЧ/СПИД и их партнеров. Кроме того, средства планируется направить

на проведение заместительной терапии для потребителей инъекционных наркотиков и поддержку людей, которые живут с ВИЧ.

Как сообщало агентство, Кабмин намерен просить Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией продлить программу "Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине", которая завершается в сентябре 2008 года. В сентябре 2008 года завершается грант Глобального фонда в размере 92 млн. долларов по финансированию этой программы. В октябре 2005 года Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией, созданный Генеральной Ассамблеей ООН в 2001 году, выделил Международному альянсу ВИЧ/СПИД, который является на данный момент главным реципиентом гранта фонда в Украине, 55,5 млн. евро на борьбу с ВИЧ/СПИД на Украине. Исполнение программы планировалось сосредоточить на предоставлении полного пакета услуг, прежде всего на лечении и профилактических мероприятиях среди потребителей инъекционных наркотиков, которые являются главным элементом в развитии эпидемии.

Глобальный Фонд по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулёзом и малярией, занимается сбором финансовых средств от стран-доноров для преодоления эпидемии ВИЧ/СПИДа, туберкулёза и малярии в мире.

Источник – Газета.ua

19 июля 2006 года

“Киев начинает борьбу с наркоманией”

18 июля, на заседании Киевсовета было принято решение провести эксперимент в рамках проекта "Антинаркотическая кампания в Киеве", поддержанного программой развития ООН на Украине и Европейским Союзом в рамках проекта "Белоруссия, Украина, Молдавия против наркотиков".

Власть столицы Украины планирует усилить меры борьбы с алкоголизмом и наркоманией, сообщили корреспонденту ИА REGNUM в пресс-службе Киевской городской государственной администрации.

Суть эксперимента заключается в активном привлечении работников органов внутренних дел к профилактической противонаркотической работе в учебных заведениях города. В каждом районе столицы планируется создать сеть групп взаимопомощи "анонимные алкоголики", "анонимные наркоманы" и межрайонные информационно-тренинговые центры "За здоровье детей и молодежи". Кроме того, власти Киева собираются также расширить сеть реабилитационных центров для наркозависимой молодежи (сейчас таких центров функционирует 20).

Источник – Regnum.ru.

Мы специально не будем комментировать эти четыре события, произошедшие за столь непродолжительное время. Если вы внимательно читали весь предыдущий текст, то сами всё поймёте. Добавим лишь, что в настоящее время Украина сильно деморализована в связи с известными всем событиями в правительстве, которое меняется с небывалой скоростью. Оно просто не в состоянии уследить за всеми опасными для страны моментами. Как раз в такие дни проще всего влезть со своими разрушительными инициативами в соседнее с нами государство. Российская история неразрывно связана с историей украинского народа и нас не может не волновать ситуация с внедрением "Программ снижения вреда" и других бессмысленных по своей сути и разрушительных по целям и задачам проектов в этой родственной, несмотря ни на что, стране. А ведь такие огромные деньги можно было бы смело вложить в создание и развитие на украинской земле сети реабилитационных центров по типу терапевтических сообществ (коммун). И конечная эффективность в борьбе с распространением ВИЧ/СПИД в этой стране была бы решена в ином ключе. Но, как говорится, "хозяин-барин"!

Достижения и вред заместительной терапии для больных наркоманией стали предметом дискуссии на недавно прошедшей на украинской земле Национальной конференции по уменьшению вреда, связанного с употреблением наркотиков, которую провели Бюро Всемирной организации здравоохранения на Украине, Программа развития ООН на Украине, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД на Украине, Международный фонд "Возрождение" и Министерство здравоохранения этого государства.

Организаторы конференции давно занимаются продвижением заместительной терапии в Украине. А вот представители Министерства здравоохранения, впервые ставшего соорганизатором мероприятия, пока не спешат делать свои выводы.

“Для того чтобы программа работала, нужно наладить нормативную базу и решить вопрос с оборотом препаратов программы”, - считает директор Международного Альянса по ВИЧ/СПИД на Украине Андрей Клепиков. Сейчас на Украине в таких программах используют только бупренорфин, который способен блокировать действие героина. Поскольку метадон принадлежит к наркотическим препаратам, оборот которых ограничен, его использование в лечении запрещено. "Существует предубеждение к метадону не только на уровне наших граждан, но и на уровне некоторых политиков", - сообщает Андрей Клепиков. В то же время, по его мнению, небезопасно для таких целей использовать международные средства. Внедрять программы заместительной терапии в жизнь за бюджетные деньги – вот задание, которые поставили участники конференции, таким образом озвучив заветную цель каждого внедряющего программы ЗТ во всём мире –финансирование распространения метадона и всех подобных ему веществ со стороны государств, принявших подобную стратегию борьбы с наркотической зависимостью.

Врач-нарколог Леонид Власенко, советник фонда "Возрождение", уверен, что "если не будет доступа к лечению метадонем, ещё очень долго пациенты не смогут получать заместительную терапию. Так как бупренорфин - дорогой препарат. Стоимость

лечения может составлять до \$300 в месяц в зависимости от требуемой дозы. Субстанция метадона в некоторых европейских фирмах стоит в пределах \$60-70 в год на человека".

Вот и на Украине вплотную к выдаче метадона! Начали, как говорится, за здоровье, а закончили за упокой, да простят такое выражение нам украинские коллеги. Но если бы они в полной мере владели всей информацией о суммарном вреде данных программ для украинского государства в целом и каждого инъекционного наркомана в частности, они бы признали нашу правоту. Но, увы, их продолжают обманывать те, кто работает с ними рядом, переметнувшиеся в ряды представителей международных организаций, активно пропагандирующих пожизненное употребление "легальных" наркотиков, закупаемых у всё тех же фармацевтических концернов Запада, либо выпускаемых на территории собственной страны с выплатой высоких процентов держателям торговой марки.

Заместительная терапия применяется только для тех, кто страдает от опиатной зависимости (героин, опиум, морфин). Леонид Власенко на той же конференции сравнил её с любым длительным или пожизненным лечением (гипертоническая болезнь, кардиологические заболевания, диабет).

А ведь вышеназванный господин является врачом-наркологом, то есть человеком, когда-то прошедшим специализацию по выбранной специальности. Нам неизвестно, где он получал своё постдипломное образование, но во всём мире кроме приверженцев идей заместительной терапии (их мотивы понятны), ни один опытный здравомыслящий врач, социальный работник, психолог или священник не посмеет сравнивать зависимость от употребления психоактивных веществ с гипертонической болезнью или сахарным диабетом. Как говорится, понятно, "откуда ветер дует"...

В Республике Молдова сейчас также активно работают представители Запада. С их подачи там уже утверждён приказ о заместительной терапии бупренорфином в наркологическом диспансере города Кишинёва. В Республиканском наркологическом диспансере создано специальное отделение для заместительной терапии и разработаны критерии подбора больных. Финансируется проект UNDP и Фондом Сороса - Молдова. На 1 октября 2001 года прошли дезинтоксикацию и заместительное лечение бупренорфином 18 потребителей наркотиков, из которых только шесть человек заражены ВИЧ. На конец года планировалось провести лечение и задействовать в программе около 25 больных, а в начале 2002 года начать поддерживающее заместительное лечение в амбулаторных условиях. Как указывается в пресс-релизе, выпущенном почему-то при финансовой поддержке программы здравоохранения MATRA Министерства иностранных дел Королевства Нидерландов и CORDAID: "При организации программы был изучен международный опыт, и, несомненно, внедрение заместительной терапии в Республике Молдова снизит нанесённый ущерб и негативные последствия, связанные с применением наркотиков". ("Необходимость заместительной терапии в республике Молдова", Т. Васильев, А. Адажук, г. Кишинёв, 2001). К сожалению, мы не располагаем более свежей информацией о дальнейшем внедрении этих программ на территории Молдавской республики, но совершенно очевидно, что на сегодняшний день при участии столь мощных в финансовом отношении заинтересованных европейских организаций, круг лиц, охваченных программами ЗТ в Молдавии постоянно расширяется, причём ВИЧ-инфицированными из них являются далеко не все. А ведь, как мы уже отметили неоднократно, изначально всегда говорят о помощи только этому контингенту наркозависимых, со временем охватывая максимально возможное количество всех потребителей инъекционных наркотиков, выводя их на постоянное употребление выдаваемых официально препаратов-заместителей опиатов, естественно закупаемых из-за рубежа. В данном случае, на основании опыта других стран, уже обработанных адептами программ заместительной терапии, можно предположить, что фирма-производитель бупренорфина, а затем и метадона (чуть позже заговорят и о нём, ведь в производстве он дешевле, что далее выдвигается как главный аргумент в его пользу) будет голландского происхождения. Вот такой drug-marketing мы наблюдаем практически на всей территории Восточной Европы и республик бывшего Советского Союза.

Ситуация с внедрением программ заместительной терапии в республике Беларусь на сегодняшний день получше, чем на Украине. Слава Богу, её президент является своего рода гарантом определённой стабильности в этом регионе. Следует отметить, что при этом у него нет возможности владеть всеми тонкостями дискуссии по поводу внедрения или прекращения программ заместительной терапии в своей стране. Он просто доверяет своим медицинским экспертам, а те, в свою очередь, не предоставляют полностью достоверной информации о программах и их последствиях (в том числе отдалённых). Однако ещё десять лет назад инициатором применения этой методики (фактически первым в СНГ) стало действующее в Светлогорске общественное объединение "Родители за будущее детей". Это было в том году, когда светлогорские власти не знали, как остановить нарастающую эпидемию ВИЧ-инфекции. Конечно же, нашлись "добрые" люди из-за рубежа, подсказавшие, казавшуюся на тот момент спасительной, идею. Программу "Улучшение здоровья наркозависимых с помощью бупренорфина" поддержал Светлогорский горисполком и одобрило Министерство здравоохранения республики Беларусь. Проект был близок к реализации. Чуть позже из-за высокой цены бупренорфин был заменён на метадон. Как известно, это естественный для сторонников программ заместительной терапии манёвр.

По данным на 2002 год, пилотный проект по заместительной терапии так и не был запущен, однако некоторые белорусские врачи все-таки надеялись его провести. Причём с учетом уже известных ошибок. И к будущим участникам проекта планировали выдвинуть самые жёсткие требования. Например, из 800 человек, стоящих на учёте в наркодиспансере Светлогорска, собирались отобрать только 50. Главные условия - наличие "наркотического стажа", нескольких безуспешных попыток лечения плюс серьёзная мотивация участия в программе. Её собирались определять на основании тестирования. (Интересно, кто разрабатывал опросники?) При этом наличие ВИЧ-инфекции уже не является доминирующим условием.

Пилотный проект рассчитан на Светлогорск и Минск, и при наличии положительных результатов к нему в дальнейшем присоединятся другие белорусские города. В республику препарат придёт из Голландии (!) в виде порошка. В аптеках из него сделают раствор, который получат наркодиспансеры. Что называется, классическая схема. Голландия именно в таких случаях всегда готова придти на помощь.

Далее процитируем дословно часть статьи о ЗМТ, опубликованной в одной из белорусских газет в ноябре 2002 года. Следует признать, что СМИ в этой дружественной нам республике отличаются от всех остальных наибольшей правдивостью и открытостью.

“Первый год финансирование проекта планируется осуществлять в рамках международной программы UNAIDS. В дальнейшем пациентам самим придется оплачивать свое участие в заместительной терапии. Но препарат будет продаваться по себестоимости: сегодня цена одной дозы составляет около 600 рублей - в 10 раз меньше, чем стоит кубик кустарного опия. Таким образом, стоимость годового курса заместительной терапии не превысит 100 долларов.

Белорусские врачи утверждают: да, метадон - наркотик той же группы, что и героин, и это не лекарство от наркомании. Заместительная терапия всего лишь дает возможность исключить ВИЧ-инфицированного наркомана из цепочки передачи болезни и снизить криминальную обстановку в обществе. Употребляющие метадон наркоманы только на некоторое время приобретают стабильное состояние и шанс наладить отношения в семье, получить специальность, трудоустроиться. Со временем пациенты, конечно, могут предпринять попытку “соскочить” и с метадоном путем постепенного снижения дозы. Однако синдром отмены (ломка), в отличие от героиновых наркоманов, у метадоновых длится намного дольше - 14-28 дней. А процесс полного исцеления и того сложнее: он может длиться от 5 до 8 лет, и положительных результатов достигают только 10-20% наркозависимых.

Как будут отрегулированы все звенья контроля над метадоновой программой в Беларуси, на сегодняшний момент не известно. Самая главная проблема, о которой говорят врачи, - это утечка метадоном. Во многих странах наркоманы прячут во рту обыкновенную губку, впитывающую препарат, а затем вводят его внутривенно. Велика также опасность, что одновременно с легальным в стране появится и “самодельный” метадон. Такие случаи в Беларуси уже зарегистрированы.

На сегодняшний день ситуация с распространением в этой республике “Программ снижения вреда”, в том числе ЗМТ усугубилась. Всё же тщательно спланированная и хорошо оплаченная стратегия сторонников повсеместного внедрения подобных инициатив приносит свои плоды.

Тематический координатор направления “Профилактика распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков” находится в городе Минске. Филиалы этих способствующих внедрению программ обмена игл/шприцев, выдаче презервативов, подготовке общества к планируемым в дальнейшем в регионах с высоким распространением ВИЧ-инфекции программам заместительной терапии, работают в шести областях республики Беларусь. А именно: **Брестская область** (отделение Белорусского общественного объединения “Позитивное движение” в г. Пинске), **Витебская область** (Государственное учреждение “Витебский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья”), **Гродненская область** (Гродненская областная организация Белорусского общества Красного Креста), **Гомельская область** (Общественное объединение “Родители за будущее детей”), **Могилёвская область** (Могилёвская областная организация Белорусского общества Красного Креста), **Минская область** (Белорусское общественное объединение “Позитивное движение”). Как признают идейные вдохновители данных инициатив, понадобилось значительное время для того, чтобы медработники, участвующие в лечении наркозависимости, согласились с концепцией заместительного лечения метадоном в Беларуси. Как обычно, основными аргументами в склонении медиков на свою сторону были: психологическая и социальная реабилитация наркозависимого, существенное снижение риска передачи ВИЧ и гепатитов, снижение криминализации общества. Выше мы уже приводили противоположные заключения независимых ведущих мировых экспертов о реальных пользе и вреде подобных методик, поэтому не будем повторяться. Просто на примере Гомельской области ещё раз покажем как происходит реализация продуманной стратегии выдачи метадоном всем наркозависимым под прикрытием борьбы с распространением ВИЧ-инфекции. Приведём дословно всю организацию “наступления” метадоном на наших соседей, разработанной атакующей стороной.

“Данный компонент реализуется в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Республики Беларусь. В рамках компонента будет осуществлен первый проект, предусматривавший охват заместительной терапией около 150 человек в год, после внесения Министерством здравоохранения Республики Беларусь коррекции в план реализации компонента предусматривается охват 50 наркозависимых пациентов с клиническими проявлениями СПИД в Гомельской области. Работа будет проводиться на базе Гомельского областного наркодиспансера. Планируется провести обучение медицинского персонала и оснастить Гомельский наркодиспансер оборудованием для реализации программы заместительной терапии метадоном. Ключевым элементом лечения ВИЧ-инфицированных наркопотребителей является одновременное участие их в метадоновой программе для стабильного приема антиретровирусных препаратов. Клиники, проводящие заместительное лечение метадоном, будут использованы для одновременного консультирования потребителей инъекционных наркотиков с целью способствования их реабилитации.

Организация - координатор компонента 1.5

По Мероприятию 1.5. координатором является Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Главными партнерами являются Национальный координатор проекта заместитель министра здравоохранения Республики Беларусь М.И.Римжа и главный нарколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь В.П.Максимчук.

Целевые группы Компонента 1.5

- Наркопотребители, имеющие показания и мотивацию к участию в программе заместительной терапии;
- Ближайшее окружение наркопотребителей (члены семей, родственники, друзья);
- Сотрудники наркодиспансеров, отделов профилактики СПИДа, центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, районных больниц и другие специалисты медицинских учреждений Республики Беларусь, работающие с наркопотребителями.
- Члены общественных объединений, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИД.

- Лица, страдающие наркотической зависимостью, находящиеся в ремиссии.
- Сотрудники правоохранительных органов, социальных служб и других институтов, вовлеченных в работу с наркопотребителями.
- Население в целом”.

Позволим себе для уяснения картины немного прокомментировать данный документ.

То, что вы прочитали – это схема чётких спланированных действий по подготовке “почвы” для внедрения в белорусское общество метадоновых программ. Это и есть та самая адвокация, о которой мы упоминали в начале данного текста. Причём намечена работа не только, и даже не столько с ВИЧ-инфицированным контингентом наркозависимых, но и со всеми группами, составляющими социум Республики Беларусь. Особенное недоумение вызывает группа лиц, страдающих наркотической зависимостью, находящихся в ремиссии. Для чего планируется с ними работать, ведь они уже не употребляют наркотические вещества? Может для повторного вовлечения в наркотизацию? Конечно, вопросов в связи со всем происходящим вокруг наших стран можно задать немало, но всё же всем нам крайне необходимо понять, почему так настойчиво во все государства Восточной Европы, бывшие республики Советского Союза, а также на территорию Российской Федерации на протяжении многих лет пытаются запустить метадоновый “вирус”? При этом старательно вводят нас в заблуждение, выдавая чёрное за белое и наоборот!

Чрезвычайно важно сегодня осознать конечную цель этой необъявленной войны.

Один из наиболее вероятных ответов на этот вопрос можно найти в статье В.И.Лаврушина "Нарковойна против современной России": "Созвучна современному положению страны Директива Совета Национальной Безопасности США № 20/1 от 18 августа 1948 года, которая гласит: „Сделать и держать Советский Союз слабым в политическом, военном и психологическом отношениях по сравнению с внешними силами, находящимися вне пределов его контроля“”.

В процессе реформирования использовались все средства воздействия на людей – радио, телевидение, секретные службы, конгрессы, культурный обмен, подкуп, реклама, диссидентство и пр. Ретроспекция слов Алана Даллеса, в послевоенные годы долгое время возглавлявшего Центральное Разведывательное Управление США, носит пророческий характер:

“...Мы бросим всё, что имеем, всё золото, всю материальную мощь на оболванивание и одурачивание русских людей. Посеяв там хаос, мы незаметно подменим их ценности на фальшивые и заставим их в эти фальшивые ценности верить. ...Мы найдём своих единомышленников, своих союзников и помощников в самой России. Эпизод за эпизодом будет разыгрываться грандиозная по своему масштабу трагедия гибели самого непокорного на земле народа, окончательного, необратимого угасания его самосознания.

Из литературы и искусства мы постепенно вытравим их социальную сущность... Литература, театры, кино – всё будет изображать и прославлять только самые низменные человеческие чувства. Мы будем всячески поддерживать и поднимать так называемых художников, которые станут насаждать и вдальблывать в человеческое сознание культ секса, насилия, садизма... Честность и порядочность будут осмеиваться и никому не станут нужны, превратятся в пережиток прошлого. Хамство и наглость, ложь и обман, пьянство и наркоманию, животный страх друг перед другом и беззащитность, предательство, национализм и вражду народов, прежде всего вражду и ненависть к русскому народу – всё это мы будем ... культивировать....

И лишь немногие, очень немногие будут догадываться, что происходит. Но таких людей мы поставим в беспомощное положение, превратим в посмешище, найдём способ их оболгать и объявить отбросами общества. Мы будем расшатывать таким образом поколение за поколением. Мы будем браться за людей с детских, юношеских лет, будем всегда главную ставку делать на молодёжь, станем разлагать, растлевать, развращать её. Мы сделаем из них молодых циников, пошляков, космополитов.

В качестве средства формирования используется мощная систематическая и последовательная пропаганда, переключающая внимание людей с социальных проблем на эгоистичные – секс и интимную сферу, на преступность, извращённые формы удовольствия”.

В качестве подтверждения вышеприведённого творения одного из злых гениев современности, Н.Е.Маркова, руководитель научно-практического центра Института социально-экономических проблем народонаселения Российской Академии наук, озвучила один из механизмов этих Директив АНБ США от 1948 г. на прошедших открытых парламентских слушаниях Комитета по безопасности в октябре 2001 года:

“Пару лет назад нами были сделаны исследования, направленные на выяснение информации, поступающей в демографический сектор от 12 до 25 лет. Как известно, этот возраст наиболее подвержен наркомании. Вот что нам удалось выяснить. Вся информация, поступающая в этот сектор из печатных органов, радио, телевидения практически одинакова и содержит 6 тем. Именно они являются тем самым информационным воздействием, которое формирует поведение потребителя наркотиков. Таким образом, средства массовой информации направляют поведение наших детей, делают из них наркоманов... По телевидению идут какие-то странные фильмы о наркомании, в газетах появляются удивительные статьи, звучат поразительные песни, посвященные наркомании и наркотическим ощущениям. Вам, может быть, кажется, что это – случайность. На самом деле это не случайность. Это не отражение действительности, а её формирование. Искусство формирует ту ситуацию, которая существует у нас на сегодняшний день. Мы попытались выяснить, откуда взялись эти пресловутые 6 тем. Оказалось, что, конечно, эти

темы не родились у нас в стране, а имеют очень давнее происхождение. Начиная с 50-х годов XX века этот так называемый "драгмаркетинг" (drugmarketing) начал своё победное шествие по Западной Европе из Англии и Соединенных Штатов. Это началось с субкультурных групп, таких, как хиппи, панки, металлисты. Раньше считалось, что они как бы самозарождаются. Как нам удалось выяснить, на самом деле они создаются искусственно, во-первых, с целью "выпустить пар" из общества, поскольку молодёжь является самой "революционной" его частью. Во-вторых, молодёжь таким образом собирают в субкультурные гетто и при помощи моделирования поведения склоняют их к употреблению наркотиков".

Мы считаем, что включение программ ЗМТ в официальную российскую наркологическую практику тоже смело можно назвать одним из ключевых моментов этого самого "драгмаркетинга", в итоге грозящего полным распадом некогда высокодуховной личности русского человека, ныне вовлечённой в наркотизацию, что в конце концов (если продолжать оставаться в стороне) постепенно приведёт к планомерному уничтожению всего русского народа в общемировом масштабе. И это **очень** серьёзно!

И слава Богу, что есть ещё на земле Русской люди, в том числе в научной среде, осознающие великую степень опасности активного продвижения программ "снижения вреда" в нашей стране. И не просто осознающие, но и предпринимающие всё возможное для остановки этого прессы, под который нас пытаются положить вместе со всеми странами, некогда бывшими вместе "под одной крышей". "Разделяй и властвуй!" – этот принцип, провозглашённый ещё в Древнем Риме, снова активно применяется, теперь по отношению к странам Восточной Европы (то есть бывшего Варшавского договора).

В тоже время приходится признать, что некоторые российские работники науки в силу своих личных интересов, в том числе и финансовых, либо исходя из неких парадоксальных убеждений, своими действиями способствуют ускорению деструктивных процессов, наблюдающихся в современном мире. С их помощью они проецируются и на нашу с вами действительность.

Представляем Вашему вниманию официальную экспертизу Интернет-сайта www.methadone.front.ru. Автором данного проекта является небезызвестный яростный сторонник раздачи метадона всем желающим доктор медицинских наук, профессор Владимир Давыдович Менделевич.

25 мая 2006

№ _51__

ЗАМЕСТИТЕЛЮ НАЧАЛЬНИКА
УПРАВЛЕНИЯ ФСКН РФ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН
ПОЛКОВНИКУ ЮСТИЦИИ Т.М. ЮСУПОВУ

Уважаемый Тимур Маратович!

В ответ на Ваше письмо за № ЮТ-1418 от 4.04.2006 года, содержащем просьбу о проведении и определении назначения экспертизы по делу об административном правонарушении, предусмотренном ст.6.13 КоАП РФ (пропаганда наркотических средств, психотропных веществ или их перкурсов) сообщая, что для проведения экспертизы на предмет выявления пропаганды наркотических средств, Ваши материалы были переданы Директору Центра коммуникативных исследований "Проект Барьер" Н. Е. Марковой.

Заключение эксперта следующее:

Благодаря использованию манипулятивных приемов рекламы и пропаганды информация о метадонной заместительной терапии расположенная на сайте www.methadone.front.ru воспринимается как достойная доверия, а противники метадонной терапии как "обыватели" и "чиновники от медицины". Неполная информация, содержащаяся в отдельных статьях сайта, относящая метадон к "лекарственным средствам" и оправдывающая, легитимирующая наркопотребление может косвенно побудить к действиям по приобретению и потреблению наркотиков.

Информация о заместительной терапии наркозависимых легитимизирует наркопотребление, расшатывает нормы общества, превращая наркопотребление в повседневную норму. Целевой аудиторией для данной информации являются профессиональные наркологи, наркозависимые и их близкие родственники, врачи и государственные служащие, имеющие отношение к данной проблеме.

Данная информация является прямой и непосредственной пропагандой метадонных программ заместительной терапии.

Научный руководитель Центра коммуникативных исследований "Проект Барьер",

член-корреспондент РАН Н. М. Римашевская

СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Материалов представленных на сайте в Интернете по адресу

www.methadone.front.ru (информация о заместительной терапии

наркозависимых (метадоновая программа).

В экспертном исследовании использованы методы:

1. Контент-анализ;
2. Идентификация манипулятивных приемов рекламы и пропаганды.

Перед экспертом поставлены следующие вопросы:

1. Как воспринимается распространяемая информация на сайте в Интернете по адресу www.methadone.front.ru, о заместительной терапии наркозависимых (метадоновая программа);
2. Может ли она побудить к действиям по приобретению наркотиков (метадона) либо по их потреблению;
3. Оказывает ли воздействие на неопределенный круг лиц информация о заместительной терапии наркозависимых (метадоновая программа), если да, то какое;
4. Какова целевая аудитория данной информации; является ли целевая аудитория данной информации узкоспециализированной;
5. Является ли данная информация пропагандой метадоновых программ;
6. Для проведения экспертизы представлены следующие материалы: информация на сайте в Интернете по адресу www.methadone.front.ru о заместительной терапии наркозависимых (метадоновая программа), следственное определение, распечатки статей, содержащихся на сайте в Интернете по адресу: www.methadone.front.ru

Эксперт предупрежден об административной ответственности, предусмотренной Кодексом РФ об административных правонарушениях, за отказ или уклонение от исполнения обязанностей, предусмотренных ч.2 ст.25.9 КоАП РФ и дачу заведомо ложного заключения.

ЭКСПЕРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

1

На главной странице сайта размещена программная статья автора проекта – доктора медицинских наук, профессора Менделевича Владимира Давыдовича.

Анализ статьи указывает на содержание в тексте ряда манипуляций рекламно-пропагандистского характера:

Текст 1: "Перед вами первый отечественный сайт, посвященный проблеме заместительной терапии наркомании. В его заглавии использовано название наиболее широко применяемого для этих целей лекарственного препарата – метадона".

Манипуляция: Неполная информация.

Метадон назван "лекарственным препаратом". Словосочетание "лекарственный препарат" имеет смысл: "излечивающее, благотворно влияющее на организм вещество". Однако метадон является опасным наркотиком. Отсутствуют сведения о его опасном наркотическом воздействии.

Текст 2: "Именно с метадоном связаны самые острые и эмоциональные споры как среди профессионалов, так и в обществе".

Манипуляция: Ложная информация.

Метадон представляется как новый препарат, вызывающий дискуссии, в то время как законодательством РФ применение метадона давно запрещено, а для профессионалов, губительные последствия метадоновой терапии неоспоримы. Никакие споры в обществе по поводу метадоновых программ, кроме инспирированных лоббистами, не наблюдаются.

Текст 3: "Слово "метадон" уже давно стало одиозным. Им пугают обывателей и пациентов. От него бросает в жар российских чиновников от медицины".

Манипуляция: Навешивание ярлыка.

Пропагандистский прием голословного очернения противников посредством навешивания ярлыка. Слово "обыватель" означает: ничего не смыслящий, ничем не интересующийся, инертный человек. Словосочетание "чиновники от медицины" поставлено в один смысловой ряд со словом "обыватели", что придает ему дополнительную уничижительную окраску. Словосочетание имеет явный отрицательный смысл: "инертные люди ничего не понимающие в медицине". Таким образом, на специалистов, выступающих против метадоновых программ, навешиваются ярлыки: "обыватели, чиновники от медицины". Смысл манипуляции - представить специалистов как инертных, непрофессиональных, ничего не понимающих в медицине людей.

Текст 4: "Но, оно оказалось спасительным для многих больных во многих странах мира (сегодня более 1 млн. больных имеют возможность лечиться с помощью заместительной терапии)".

Манипуляция: Подмена понятий.

В.Д.Менделевич говорит не о миллионе излеченных посредством метадона, а лишь о том, что "1 млн. больных имеют возможность лечиться...". Однако манипулятивный текст воспринимается как свидетельство успешности программ заместительной терапии.

Текст 5: "Посетителям сайта... не вполне знакомым с данной темой поясним, что под заместительной терапией в мировой медицине и наркологии понимается назначение больным с опиоидной зависимостью (героиновой наркоманией) в медицинских учреждениях под строгим врачебным контролем обоснованных их психическим состоянием определенных доз препаратов, являющихся агонистами опиоидов (аналогами наркотических веществ из той же фармакологической группы). Целью этого вида лечения является нормализация психического (наркологического) состояния пациента, этиопатогенетически обоснованное купирование патологического влечения к наркотику, снижение риска передозировки и летального исхода, снижение или полное прекращение употребления нелегальных ("уличных") наркотиков, снижение криминальной активности пациента, связанной с необходимостью получения средств на приобретение наркотика, а также профилактика ВИЧ путем формирования приверженности к лечению"

Манипуляция: Предоставление неполной информации.

Пояснение для "не вполне знакомых с этой темой" содержит изложение исключительно положительных сторон метадоновой терапии и умалчивает об опасных и отрицательных.

Текст 6: Основные используемые при заместительной терапии препараты (метадон и бупренорфин) в 2005 году включены Всемирной организацией здравоохранения в список "Основных лекарственных средств".

Манипуляция: Предоставление неполной информации, подмена понятий.

Согласно Вашингтонской Конвенции с 1961 по 2005 год метадон входил, и по сегодняшний день входит в список №1 особо опасных наркотических средств, однако об этом в статье умалчивается. Опасный наркотик фиксируется в сознании потребителя информации как "лекарственное средство".

Текст 7: "Создание сайта продиктовано стремлением инициировать в российских средствах массовой информации открытую дискуссию по вопросам заместительной терапии".

Манипуляция: Рекламные приемы "привлечение внимания" и "напоминание о товаре". Имитация дискуссии, шумиха в прессе является типичным способом продвижения товара (promotion) и способствует распространению информации о метадоновых программах. Выполняет рекламную функцию постоянного напоминания о товаре (метадоне).

Текст 8: "К сожалению, до настоящего времени обсуждение данной темы пресекается. Оппоненты ссылаются на действующее российское законодательство и таким образом выходят за сферы своей компетенции"

Манипуляция: Ложное обвинение и подмена понятий.

Действующее Российское законодательство составлено в соответствии с Международной конвенцией 1961 года, где метадон числится в списке особо опасных веществ (список №1). Специалисты Минздрава, наркологи обязаны знать содержание списка особо опасных наркотических средств, применение, которых законодательно запрещено в странах, подписавших Конвенцию 1961 года. Это входит в сферу их профессиональной компетенции. Обвинение в выходе за сферы компетенции - ложное.

Страны, применяющие метадоновую терапию, нарушают Международную конвенцию 1961 года, подписанную 120 государствами. Следовательно, "ученых и практиков" тревожит то, что Россия, в отличие от других стран, все еще придерживается прежних международных обязательств. Происходит подмена понятий.

Текст 9: "А это, в свою очередь, мешает нормальной научной дискуссии и выводит отечественную наркологию из мирового сообщества, что естественно не может не тревожить ученых и практиков".

Манипуляция: Навешивание ярлыков. В.Д.Менделевич причисляет себя к "ученым и практикам", в то время как противники его точки зрения – обозначены как чиновники, "выводящие отечественную наркологию из мирового сообщества".

2

В разделе "Новости" помещена информация, положительным образом свидетельствующая о метадоновых программах: Международный комитет по контролю за наркотиками не считает заместительную терапию нарушением договорных положений...На конференции в Москве будет прочитан доклад о метадоновой терапии...В Беларуси начинается пилотный проект по применению метадоновой терапии...

Обилие положительных новостей о метадоне в обыденном контексте создает впечатление повсеместного использования законодательно запрещенного препарата.

3

Из 7 текстов размещенных в разделе "Глоссарий", 5 связаны с именами авторитетных организаций: Американской Психиатрической Ассоциацией, ВОЗ, ООН, УООНП, ЮНЭЙДС. Все тексты содержат положительную информацию о метадоне и заместительной терапии. Легитимация метадона в сознании читателя происходит при упоминании всемирных международных организаций, распространяющих сведения о заместительной терапии.

4

На странице "Дискуссия о заместительной терапии" 24 текста содержат положительные отзывы о метадоновой терапии и 6 – отрицательные. Из 24 текстов 10 принадлежат авторству В.Д. Менделевича. При этом "дискуссия" имеет виртуальный характер, поскольку тексты написаны автономно и размещены без ведома авторов. Обилие статей с положительной интерпретацией заместительной терапии не случайно. Они создают видимость победного шествия и повсеместного использования метадоновой терапии, в то время, как законодательством РФ эта методика запрещена.

5

На странице "Опыт применения заместительной терапии" из 11 текстов 9 положительно интерпретируют заместительную терапию и 2 – отрицательно.

Впечатляет широта географического охвата метадоновой терапии: Украина, Кыргызстан, Беларусь, Литва, Венгрия. Перечисление ряда стран придает убедительность информационному послы о широком распространении метадона по всему миру.

6

На странице отзывов помещены два оптимистичных письма, положительно интерпретирующих заместительную терапию. Их чтение окончательно убеждает в мысли о том, что метадоновые программы – исключительное благо, широко распространенное в цивилизованных и демократических странах.

ВЫВОДЫ ЭКСПЕРТА

Исходя из анализа информации, представленной на сайте В.Д Менделевича "Метадон", можно сделать следующие выводы: статья на главной странице и тексты в других разделах сайта содержат рекламно-пропагандистскую манипулятивную информацию, способствующую инициации дискуссии по поводу использования законодательно запрещенного в РФ наркотического вещества метадона и внедрении в России метадоновой заместительной терапии.

Используются следующие приемы пропаганды: предоставление неполной информации, ложная информация, подмена понятий, навешивание ярлыка на противника.

Из приемов рекламы используются известные способы популяризации, продвижения, легитимации товара. Цели автора проекта – изменение государственного законодательства Российской Федерации и принятие государственного решения о внедрении метадоновой заместительной терапии в РФ.

Подмена понятий осуществляется, когда законодательно запрещенный, негодный способ лечения пытаются представить "спорным". Автор неоднократно подчеркивает, что "речь идет о научном споре", что необходимо "найти истину в споре", тогда как отечественная медицинская теория и практика давно показали несостоятельность этого вида лечения, что и было дважды подтверждено законодательством.

Пропагандистский прием "навешивание ярлыков" используется автором, когда он приписывает людям, продвигающим метадоновую терапию, самые высокие и благородные помыслы: патриотизм, гражданскую позицию, желание помочь больным, предоставить помощь наркозависимым в России на самом высоком уровне, и называет себя и приверженцев метадоновой терапии "учеными и практиками" (навешивает ярлык), что, несомненно вызывает доверие читательской аудитории.

В то же время противники метадоновой терапии получают ярлыки "обывателей", "чиновников от медицины", выводящих "отечественную наркологию из мирового сообщества", обделяющих и лишаящих пациентов "самых распространенных способов терапии", что вызовет у неискушенного посетителя сайта естественное недоверие и неприязнь к ретроградам.

На сайте представлена неполная, односторонняя информация о метадоне и метадоновых программах. Метадон называется "лекарственным средством", рассказывается исключительно о положительных сторонах заместительной терапии и полностью замалчиваются отрицательные, пагубные свойства метадона, в то время как согласно Вашингтонской Конвенции 1961 года метадон входит в список №1 особо опасных наркотических средств.

Для продвижения продукта (метадона) используются рекламные приемы повсеместного распространения информации и привлечения внимания к товару. Иницируются "дискуссии", делаются скандальные заявления.

Другой рекламный прием – легитимация – связан со свидетельством известных личностей и профессионалов. Потребители с особым доверием относятся к мнению профессионала, что позволяет легитимировать любую ложную и манипулятивную информацию. В этой связи, автор проекта - В.Д. Менделевич – доктор медицинских наук, профессор, эксперт Всемирной организации здравоохранения и т.д. является идеальным легитиматором манипулятивной, пропагандистской информации, присутствующей в содержании сайта.

Обилие положительных новостей о метадоне на страницах сайта создает впечатление повсеместного использования законодательно запрещенного в России препарата, видимость победного шествия метадоновой терапии. Впечатляет широта географического охвата: Украина, Кыргызстан, Беларусь, Литва, Венгрия, что придает еще большую убедительность информационному послы о широком распространении метадона по всему миру. Сведения о широком распространении товара (метадона) стимулируют желание подражать, "не отставать от прогресса". Манипуляция основана на действии второго закона подражания по Г. Тарду: "больше всего люди боятся отстать от других, оказаться не похожими на всех".

Легитимация метадона происходит и при упоминании авторитетных международных организаций, распространяющих информацию о заместительной терапии.

Чтение положительных отзывов на сайте окончательно убеждает посетителя сайта, что метадоновые программы – исключительное благо, распространенное в цивилизованных демократических странах.

Специфически профессиональное содержание страничек "Опыт применения заместительной терапии", "Дискуссия о заместительной терапии", "Глоссарий" показывают, что содержание сайта рассчитано на профессиональных врачей, специалистов в области наркологии, государственных чиновников и служащих, работающих в этом направлении. Однако этой же информацией, безусловно, будут пользоваться наркозависимые и их ближайшие родственники.

ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отвечая на поставленные перед экспертом вопросы можно сказать следующее:

1. Благодаря использованию манипулятивных приемов рекламы и пропаганды информация о метадоновой заместительной терапии расположенная на сайте www.methadone.front.ru воспринимается как достойная доверия, а противники метадоновой терапии как "обыватели" и "чиновники от медицины".
2. Неполная информация, содержащаяся в отдельных статьях сайта, относящая метадон к "лекарственным средствам" и оправдывающая, легитимизирующая наркопотребление может косвенно побудить к действиям по приобретению и потреблению наркотиков.
3. Информация о заместительной терапии наркозависимых легитимизирует наркопотребление, расшатывает нормы общества, превращая наркопотребление в повседневную норму.
4. Целевой аудиторией для данной информации являются профессиональные наркологи, наркозависимые и их близкие родственники, врачи и государственные служащие, имеющие отношение к данной проблеме.
5. Данная информация является прямой и непосредственной пропагандой метадоновых программ.

ДИРЕКТОР ЦЕНТРА КОММУНИКАТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
"ПРОЕКТ БАРЬЕР", ЭКСПЕРТ КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА
ПО СОЦИАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПРИ
ПРЕДСЕДАТЕЛЕ СОВЕТА ФЕДЕРАЦИИ
Н. Е. Маркова

Несмотря на столь чёткое определение всех хитрых манипуляций, производимых профессором В.Д. Менделевичем, с целью любыми путями способствовать внедрению программ заместительной терапии в российскую наркологическую практику, его деятельность, разрушающая основы отечественной наркологии, мы уверены, будет продолжена и дальше, только под другими личинами. Надеемся, что публикация данного экспертного заключения поможет приостановить его чрезмерную активность в этом направлении. Одновременно с этим предоставит многим россиянам возможность взглянуть на его истинную сущность.

В качестве достойного ответа на все потуги самого активного лоббиста интересов Запада в Российской Федерации предоставим слово действительно авторитетному специалисту: "В условиях современной России ошибки, подобные ЗМТ, чреватые **катастрофическими** последствиями", - так считает Николай Николаевич Иванец, член-корреспондент РАМН, один из ведущих российских наркологов, более десяти лет (с начала 90-х годов прошлого века) возглавляющий Национальный научный центр наркологии Росздрова [18]. Во многом благодаря ему угрожающие действительному процветанию современной цивилизации программы "снижения вреда" никак не могут покорить Россию.

Уверены, что так будет и впредь. Главная проблема на этом пути, как указывалось выше – разъединение антинаркотических сил в стране, как впрочем, и в большинстве стран земного шара, в отличие от мощной "гидры" мировой наркомафии, различными путями продавливающей выгодные ей законы и порядки. Крайне необходимо хотя бы сейчас собрать все имеющиеся у государства и общества духовные, интеллектуальные, материальные ресурсы, слив их в едином порыве борьбы с невероятно быстро прогрессирующим разрушением нравственных основ бытия современного человека, погрязшего в стремлении к максимально комфортному телесному существованию (так называемая "гедонистическая" парадигма сознания).

А КАК ЖЕ ДУША?

Уже упущено очень много времени. В начале 90-х годов XX-го века на одной шестой части Земного шара рухнул искусственно созданный мир мнимого народного благоденствия. Не нам судить его, но всё же та идеология сдерживала множество из проявлений человеческой греховности, подменив собой содержание практически каждого советского человека. И вдруг образовался "вакуум", в который хлынуло вместе с чем-то реально полезным большое количество "мусора" из некогда

труднодоступных стран Запада. Жизненно важно **своевременно** ещё раз осознать тот факт, что от того, чем заполнится душа каждого из сограждан, зависит вероятное будущее всей страны в целом. Давайте же всерьёз озаботимся днём завтрашним и приложим все возможные усилия для его благополучного наступления – **только вместе мы сможем выстоять в столь трудных создавшихся на данном этапе становления новой России социально-экономических и политических условиях!**

По нашему мнению, очень правильно сказано: "Если смыслом жизни становится удовольствие, то она превращается в страдание". Это слова Виктора Франкла, всемирно известного специалиста по вопросам психологии личности и психотерапии, основоположника логотерапии, учения о смысле жизни и поисках его в лабиринтах современной цивилизации. Автор данной аксиомы часть Второй мировой войны провёл в немецких концентрационных лагерях, где получил уникальную проверку и подтверждение своих взглядов на особенности личности человека. Только чудо (как совокупность закономерных случайностей) и стойкость духа спасли его от неминуемой гибели. Вряд ли удастся найти ещё хотя бы одну философскую или психологическую теорию личности, которая была бы в такой степени выстрадана и оплачена столь дорогой ценой. Отсутствие смысла порождает у человека состояние, которое Франкл назвал **экзистенциальным вакуумом**. Именно он, согласно авторским наблюдениям, подкреплённым многочисленными клиническими исследованиями, является причиной, порождающей в широких масштабах специфические "ноогенные" (порождённые разумом) неврозы, распространяющиеся с послевоенного периода по всем странам Западной и Восточной Европы и в ещё больших масштабах в США. В настоящее время и в России мы видим поразительно похожую ситуацию, требующую немедленного реагирования. "Дела плохи, но они станут ещё хуже, если мы не будем делать всё, что в наших силах, чтобы улучшить их" [43].

На сегодняшний день можно говорить о двух причинах, по которым слабо работает любой биологический метод коррекции различных вариантов зависимости.

Во-первых, биологические механизмы формирования и прогрессирования наркологических заболеваний слишком сложны для того, чтобы путём реализации таких прямолинейных схем устранять зависимость пациента от ПАВ. Кроме нарушений обмена нейромедиаторов, существует много других звеньев патогенеза данных заболеваний. Создать комплекс медикаментозных средств, которые внесли бы необходимую коррекцию во все нарушенные системы организма при зависимости от ПАВ, попросту нереально. Кроме того, сдвиг в функционировании одной системы естественным образом компенсируется изменением функций другой. Указанное многоплановое вмешательство, даже если оно предпринято из лучших побуждений, лишь усиливает разбалансировку работы различных систем организма, и без того имеющуюся у наркологических больных.

Но, пожалуй, главной является вторая причина, по которой методы биологического воздействия не могут обеспечить в наркологии необходимый результат. Дело в том, что **прямая связь между той или иной формой поведения и конкретным биологическим субстратом отсутствует**. Любое биологическое вмешательство в организм человека не позволяет нужным образом изменить поведение человека. Оно формируется при повторении одного и того же действия сотни и тысячи раз путём, как принято говорить в психологии, научения. Тем более это невозможно сделать, поскольку поведение наркологического больного представляет собой не просто комплекс определённых действий, а специфический образ жизни, основанный на сформировавшемся мировоззрении человека.

Результаты лечения наркологических больных с точки зрения отказа от ПАВ зависят в большей степени не от состояния их организма в целом, и головного мозга, в частности, а от наличия или отсутствия установки на воздержание от веществ, а также глубины и стойкости этой установки. В свою очередь, возможность формирования установки на воздержание от ПАВ определяется личностными характеристиками больных, такими, как ценностная ориентация, отношение к существующей в обществе морали, психологическая устойчивость и многими другими. Естественно, не менее важную роль играет социальный статус пациента: особенности семейного окружения, опыт трудовой деятельности, возможность реализации позитивных интересов и увлечений и прочие факторы.

Эти рассуждения не являются оторванными от жизни абстракциями. К сожалению, в реальности из-за отсутствия чёткого понимания природы зависимости от ПАВ среди специалистов распространён упрощённый подход к выбору методов лечения. Больных и их родственников ориентируют не на долгую работу над собой и изменение образа жизни, а на поиски такой одномоментной медицинской процедуры, которая бы сразу решила все проблемы. В поисках чудодейственного средства или метода больные и их родственники "ходят по кругу", обращаясь поочерёдно в различные клиники. После нескольких неудачных попыток такого рода, разочарований и бессмысленных трат последних денег исчезает вера в возможность благоприятного исхода вообще.

Рекламируется применение в наркологии множества медикаментозных препаратов и пищевых добавок, которые в лучшем случае близки по своему действию к плацебо-пустышке. В худшем случае они наносят больным существенный вред. Среди частнопрактикующих наркологов распространено, например, применение сверхвысоких доз нейролептиков, позволяющих "вырвать" пациентов и прервать приём ими психоактивных веществ. Последствия таких курсов лечения, особенно многократных, очень серьёзные.

Многим известна история с так называемым стереотаксисом — хирургическим вмешательством в мозг человека с целью избавить его от потребности в наркотиках. Этот метод активно практиковался в ряде городов нашей страны. Как и следовало ожидать, исход из приведённых выше соображений, операция на мозге совсем не гарантирует прекращения употребления наркотиков пациентом. Отдельные позитивные результаты объясняются психологическим эффектом от этой страшной процедуры, а осложнения возникают достаточно часто и весьма тяжёлы. Поэтому процедура стереотаксиса в лечении наркологических больных в настоящее время не используется.

В некоторых наркологических клиниках с высоким уровнем оказываемой помощи делаются попытки выйти из узко медицинских рамок. Проводится, например, длительная групповая дискуссионная психотерапия. Она позволяет изменить в лучшую сторону самосознание больных, развеять многие характерные для них заблуждения и мифы. При проведении занятий удаётся добиться эмоциональной разрядки пациентов и моральной поддержки от партнёров по группе, которым они доверяют.

Но даже метод групповой психотерапии не может внести каких-либо кардинальных изменений в духовную сферу человека, глубоко повлиять на его мировоззрение, обучить новым навыкам и занятиям. Это относится в особенности к молодым больным наркоманиями с грубо деформированными представлениями о нормах поведения, которых они должны придерживаться.

Для достижения указанных целей необходимо длительное, в течение 1-2 лет, пребывание пациента в иной социальной среде, по сравнению с той, в которой он существовал до этого. При этом на человека должно оказываться глубокое влияние со стороны нового сообщества в целом и его позитивных лидеров в частности. Очень полезным является привлечение к работе "бывших" больных алкоголизмом и наркоманиями. Необходимы **жесткий распорядок дня и интенсивная трудовая деятельность, приносящая, однако, творческое удовлетворение**. Наркологи называют такого рода учреждения **реабилитационными центрами** (по терминологии Всемирной организации здравоохранения, реабилитация — это возвращение больного к активной, социально полноценной жизни).

Если речь идёт о терапевтических сообществах пациентов на духовно-религиозной основе, то наиболее успешной их деятельность оказывается в тех случаях, когда они созданы под эгидой традиционных для нашей страны религиозных организаций. По нашему убеждению, к настоящему моменту наиболее приемлемы во всех отношениях антинаркотические и антиалкогольные сообщества при Русской Православной Церкви (РПЦ). Примером такого рода является деятельность Душепопечительского Православного Центра (ДПЦ) во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского в Москве, возглавляемого иеромонахом Анатолием (А.И.Берестовым), а также Центров, открытых при его участии во многих Епархиях РПЦ на всей территории Российской Федерации. Именно они оказываются более жизнестойкими, стабильно функционирующими и эффективными, в сравнении с ячейками общества анонимных алкоголиков и наркоманов, не говоря уже о сектантских, в том числе псевдохристианских организациях, извращающих саму суть реабилитации и ресоциализации людей, страдающих проблемами зависимости от ПАВ [12].

В качестве заключения изложим четыре основные задачи, которые, по нашему мнению, должны быть решены при попытках улучшить наркологическую помощь населению России.

1. Необходимо обеспечить возможность для наркологических больных получения квалифицированной бесплатной медицинской помощи. Это не исключает, естественно, возможности существования на законных основаниях платного лечения. Однако деятельность некоммерческих учреждений должна быть жестко отделена.
2. Следует способствовать сокращению масштабов распространения в стране знахарских и полужнахарских методов терапии наркологических заболеваний. При выполнении этой задачи едва ли возможны слишком строгие запретительные меры (они должны распространяться только на деяния, нарушающие статьи действующего законодательства). Приоритет надо отдавать мероприятиям по повышению квалификации врачей-наркологов. Можно ожидать, что потребность в знахарских методах будет уменьшаться по мере роста естественнонаучной образованности населения (пока об этом, к сожалению, приходится только мечтать).
3. Специалистам, имеющим дело с наркологическими больными, надо осознать ограниченность медикоцентристского подхода в работе с пациентами такого типа. Достижение главной цели отказа от приема психоактивных веществ возможно лишь в результате значительных сдвигов в духовной сфере человека. Должны произойти изменения в его ценностной ориентации, отношении к существующей в обществе морали и готовности выполнять свой долг по отношению к семье и другим людям.
4. Задача достижения необходимых изменений в духовной сфере наркологических больных частично решается с помощью некоторых видов психотерапии, но основные сдвиги происходят во время длительного пребывания в реабилитационных центрах при интенсивном социально-психологическом воздействии на пациентов. Духовная основа резко повышает эффективность воздействия. Как уже было сказано выше, предпочтительным является участие в такого рода деятельности традиционных для нашей страны религиозных конфессий, в первую очередь РПЦ [12,13].

Академик Э.А.Бабаян ещё в 1992 году справедливо отметил: "Любой вариант легализации и в первую очередь наркотический "паёк" является капитуляцией перед трудностями эффективного контроля наркотических средств, капитуляцией перед натиском наркоманов, требующих у медицинских работников выписки рецептов, у аптекарей — прямой выдачи наркотиков. Многократно доказано, что немедицинское потребление любого наркотического средства пагубно действует на организм человека, рано или поздно приводит к болезни — наркомании, в дальнейшем — к деградации личности и ранней гибели. Международные конвенции по этой проблеме возникли именно вследствие такой оценки немедицинского потребления наркотических средств (злоупотребления)". [1]

Эти слова актуальны и по сей день, но точка в данном вопросе, к сожалению, так и не поставлена. Очень надеемся, что данный труд поможет страдающим людям найти реальный выход из создавшегося сегодня, порой кажущегося безвыходным, положения. И придаст им силы в дальнейшей борьбе за сохранение себя как личности, полноценной во всех отношениях. А людям сочувствующим подскажет правильный путь в спасении душ, а значит и жизней тех несчастных, которые до сих пор так и не смогли отыскать его во мраке бездуховности. Как бы ни пытались уничтожить Россию на протяжении многих веков, она всё равно жива. И будет жить, процветать и здравствовать. Всё зависит от нас — её граждан...

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабаян Э.А. Легализация наркотических средств и международное право (междисциплинарный подход). - Журнал "Вопросы наркологии" № 2. - 1992. - С.58-67.
2. Бабаян Э.А. О применении метадона. - Журнал "Вопросы наркологии" № 3. - 1996. - С.43-46.

3. Бабаян Э.А. К проблеме судебно-фармаконаркологической экспертизы. - "Независимый психиатрический журнал" I.- 2001.- С.22-27.
4. Бабаян Э.А. Закат метадоновых программ. - "Независимый психиатрический журнал" III.-2001.-С.8-11.
5. Белогуров С.Д. Стокгольмский опыт лечебной программы с метадоновой поддержкой (использован материал брошюры "Welcome to the Stockholm Methadone Maintenance Treatment Program: Information for Clients", Karolinska Institute, 1996). – Интернет-источник. – 2006.
6. Берестов А.И. (иеромонах Анатолий) Метадон – тропинка к спасению или путь в бездну? – Москва, 2005. – 12 с.
7. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клиничко-психопатологический аспект. – Москва, 2005. – 316 с.
8. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар, республика Казахстан, 2005 – 287 с.
9. Воронин К.Э. Использование метадона для лечения больных опийной наркоманией. - Журнал "Вопросы наркологии" № 2. - 1994. - С.13-15.
10. Врублевский А.Г., Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Современные подходы к фармакотерапии наркоманий. - Журнал "Вопросы наркологии" № 2. - 1995. - С.8-15.
11. Гофман А.Г. О перспективах введения в отечественной наркологии метадоновой программы. - Журнал "Вопросы наркологии" № 2. - 1994. - С.23-25.
12. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. Современные возможности медицины в лечении лиц, страдающих наркологическими заболеваниями. – Журнал "Наркология" №1.-2006.- С.56-60.
13. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Кулагина Н.Е., Пищикова Л.Е. Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты). – Москва , 2003 - 316 с.
14. Доклад Международного комитета ООН по контролю за наркотиками за 1999 год, ООН, Нью-Йорк, 2000. – С. 70-71. (опубликовано в журнале "Независимый психиатрический журнал" III.-2001.-С.6).
15. Доклад Международного комитета ООН по контролю за наркотиками за 2000 год, ООН, Нью-Йорк, 2001. – С. 72-74. (опубликовано в журнале "Независимый психиатрический журнал" III.-2001.-С.6-7).
16. Должанская Н.А., Егоров В.Ф., Харькова Н.В. Метадоновая терапия: обоснование применения, история внедрения, оценка эффективности. - Журнал "Вопросы наркологии" №2.-1994.-С.2-13.
17. Должанская Н.А. Современные подходы к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в связи с употреблением наркотических и других психоактивных веществ. Интернет-ресурс, 2006.
18. Елшанский С.П. Некоторые этические и психологические проблемы реализации программ "снижения вреда" среди потребителей наркотиков. - Журнал "Вопросы наркологии" №2.-2003.-С.36-51.
19. Иванец Н.Н., Альтшулер В.Б. "Заместительная терапия" наркомании метадоном и другими опиоидными наркотиками: происхождение, суть и тенденции. - Журнал "Вопросы наркологии" №2. - 2004. - С. 3-7.
20. Клин клином не вышибешь, даже метадоновым. – статья в газете "Комсомольская правда" от 27.04.2001.
21. Концепция системы государственной антинаркотической политики в Российской Федерации (проект ЕСAD). - Журнал "Наркология" №5.-2006.- С. 8-10.
22. Краснов В.Н., Иванец Н.Н., Дмитриева Т.Б., Кононец А.С., Тиганов А.С. Меморандум "Нет" метадоновым программам в Российской Федерации (применение метадона нельзя рассматривать как лечение)". // Сборник "Социально значимые болезни в Российской Федерации" под редакцией Л.А. Бокерия и И.Н. Ступакова. – НЦССХ им. А.Н. Бакулева. - Москва, 2006.-С. 79-83.
23. Кузьминов В.Н., Абросимов А.С. Наркомании, токсикомании: фармакотерапия наркологических заболеваний // Лекарственные средства в наркопсихофармакологии / Под ред. В.А. Шаповаловой, В.В. Шаповалова. – Харьков, 2002. – С. 68–107.
24. Менделевич В.Д. Заместительная терапия и легализация наркотиков: подмена понятий. - Сборник материалов международной конференции "Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия)". - Казань, 2004. - С. 206-208.

25. Менделевич В.Д. Заместительная метадонная терапия – меньше из зол. - Сборник материалов международной конференции "Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия)". - Казань, 2004. – С.210-212.
26. Менделевич В.Д. Терапевтические приоритеты российских наркологов. – Сборник материалов международной конференции "Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия)". - Казань, 2004. – С.212-214.
27. Надеждин А.В. О применении "заместительной терапии" у больных опиоидной наркоманией. - Журнал "Вопросы наркологии" № 5. - 2001. - С.66-71.
28. Надеждин А.В. – Перспективы внедрения "заместительной терапии" у больных опиоидной наркоманией в России. - Журнал "Наркология" №2.-2002.- С.42-44.
29. Найденова Н.Г. Метадон у больных опиоидной наркоманией. - Журнал "Вопросы наркологии" № 2. - 1994. - С.25-26.
30. Профилактика наркомании, токсикомании, алкоголизма и табакокурения. Нормативные правовые акты. – Москва, 2002. – 288 с.
31. Пятницкая И.Н. Наркомании: руководство для врачей. – Москва, 1994. – 544 с.
32. Пятницкая И.Н. К вопросу о применении метадона. - Журнал "Вопросы наркологии" № 2. - 1994. - С.25.
33. Пятницкая И.Н. Развитие наркотизма в прошлом и настоящем (часть II). - Журнал "Вопросы наркологии" № 3. - 1995. - С.75-95.
34. Савченков В.А., Сиволап Ю.П. Злоупотребление алкоголем в клинике опиоидной наркомании. - Журнал "Вопросы наркологии" № 1. - 2002. - С.67-77.
35. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Превентивная терапия опиоидной наркомании налтрексоном. - Журнал неврологии и психиатрии, №11, 1998. – С.22-25.
36. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Клиническое применение агонистов опиатов для лечения опиоидной наркомании. - Журнал неврологии и психиатрии, №5, 2000. – С.66-69.
37. Сиволап Ю.П. Психозы у больных наркоманией. - Журнал неврологии и психиатрии, №2, 2003. – С.16-18.
38. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Аксельрод Б.А., Кубарев Д.А., Чиченков Т.О. Купирование синдрома отмены метадона у акцепторов метадонных программ. - Журнал неврологии и психиатрии, №11, 2003. – С.33-37.
39. Сиволап Ю.П. Оценка роли разных классов лекарственных средств в терапии опиоидной зависимости. - Журнал неврологии и психиатрии, №1, 2004. – С.31-36.
40. Сидоров П.И. История и современные вопросы применения алкоголя и наркотиков в лечебной практике. - Журнал "Наркология" №1.-2003.- С.26-37.
41. Сольберг Ю. Стандарты и гарантии качества лечения лиц, зависимых от запрещённых законом наркотиков, и социальной реадaptации наркозависимых в странах Европейского Союза и в Норвегии. - Журнал "Наркология" №1.-2006.- С.33-41.
42. Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости (сборник научных статей). – Киев, 2001. – 166 с.
43. Франкл В. Человек в поисках смысла. – Москва, 1990. – 368 с.
44. Халлберг Т. Наркополитика и эпидемия ВИЧ. - Журнал "Наркология" №5.-2006. – С.24-26.
45. Юханссон П. Наркомания неизлечима, но подконтрольна. - Журнал "Наркология" №1.-2006. – С.42-43.
46. Bale R.N., van Stone W.W., Kuldau J.M., Engelsing T.M., Elashoff R.M., Zarcone V.P. Therapeutic communities vs methadone maintenance. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: design and one-year follow-up. // Arch Gen Psychiatry. – 1980. – P. 179-93.
47. Ball J.C., Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment. Springer, 1991.
48. Bruneau J., Lesotho F., Franco E. et al. High rates of HIV infection among injection drug users in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. Am J Epidemiol. 1997; 146: 904-1002.

49. Caplehorn J.R., McNeil D.R., Kleinbaum D.G. Clinic policy and retention in methadone maintenance. // *Int J Addict.* – 1993. - Vol. 28, №1. - P. 73-89.
50. Condelli W.S. Strategies for increasing retention in methadone programs. *J Psychoactive Drugs.* – 1999. - Vol. 25, № 2.- P. 143-147.
51. Cushman P., Dole V.P. Detoxification of rehabilitated methadone maintained patients. *JAMA* 1973; 226 : 7 : 747-752.
52. Des Jarlais D.C., Marmor M., Paone D. et al. *Lancet*, 1996; 987-991.
53. Dole V.P., Nyswander M.E. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA.* – 1965. – 193 : 646.
54. Dole V.P. Detoxification of methadone patients and public policy (editorial). *JAMA.* – 1973. – 226 : 7: 780-781.
55. Dr. Annie Mino, Sylvie Arsever. За и против метадонной программы лечения наркоманий. Реферат. - "Независимый психиатрический журнал", IV, 1998. – С.25-33.
56. Farre M., Mas A., Torrens M., Moreno V., Cami J. Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta-analysis. // *Drug and Alcohol Dependence.* – 2002. - Vol.65. – P. 283–290.
57. Fisher D.G., Anglin M.D. Survival analysis in drug program evaluation. Part I. Overall program effectiveness. // *Int J Addict.* - 1987.- Vol. 22, № 2.- P. 115-34.
58. Fischer G., Gombas W., Eder H., Jagsch R., Stuehlinger G., Aschauer H.N., Kasper S. Vergleichsuntersuchung von Buprenorphin und Methadon im Rahmen der Erhaltungstherapie Opiatkranker. // *Nervenarzt.* – 1999. - Vol. 70. – P. 795–802.
59. Goelz J. *Der drogenabhaengige Patient.* Urban & Fischer, 1999.
60. Goelz J. *Moderne Suchtmedizin.* Thieme, 1999.
61. Gunne L.-M., Gronbladh L. The Swedish methadone maintenance program: a controlled study. // *Drug Alcohol Depend.* – 1981. – Vol. 7. – P. 249–56. Hagan H, McGough JP, Thiede H, et al. Syringe exchange and risk of infection with Hepatitis B and C viruses. *Am J Epidemiol.* 1999; 149: 203-218.
62. Hagan H., McGough J.P., Thiede H. et al. Syringe exchange and risk of infection with Hepatitis B and C viruses. *Am J Epidemiol.* 1999; 149: 203-218.
63. Hser Y., Hoffman V., Grella C.E. et al. A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58: 503-508.
64. Ives Ledoux. Оценка лечения методом заместительной терапии в сети помощи наркоманам (R.A.T.) в 1989-1993 г.г. – первые результаты. – Журнал "Вопросы наркологии" № 2. – 1994. – С.15-23.
65. Johnson R.E., Chutuape M.A., Strain E.C., Walsh S.L., Stitzer M.L., Bigelow G.E. A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. // *N Engl J Med.* – 2000.- Vol. 343. – P. 1290-1297.
66. Johnson R.E., Jaffe J.H., Fudala P.J. A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. // *JAMA.* – 1992. - Vol. 267. – P. 2750–2755.
67. Kang S.Y., De Leon. Correlates of drug injection behavior among methadone outpatients. *Am J Drug Alcohol Abuse.* – 1993. – Vol. 19. – P. 107-118.
68. Kosten T.R., Schottenfeld R., Ziedonis D., Falcioni J., Buprenorphine versus methadone maintenance for opioid dependence. // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1993. - Vol. 181. – P. 358–364.
69. Krausz M., Raschke P., Naber D. Substitution von Heroinabhangigen mit Methadon. // *Internist.* – 1999. - Vol. 40. – P. 645–650.
70. Langendam M.W., van Brussel G.H., Coutinho R.A., van Ameijden E.J. Methadone maintenance treatment modalities in relation to incidence of HIV: results of the Amsterdam cohort study. *AIDS* 1999; 13 (13): 1711-1716.
71. Lehman F., Lauzon P., Amsel R. Methadone maintenance: predictors of outcome in a canadian milieu. // *J Subst Abuse Treat.* – 1993. – Vol. 10.- P. 85-89.
72. Ling W., Wesson D.R., Charuvastra C., Klett C.J. A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. // *Arch. Gen. Psychiat.* – 1996. - Vol. 53. – P. 401–407.

73. Mansson A.S., Moestrup T., Nordenfelt E., Widell A. Continued transmission of hepatitis B and C viruses, but no transmission of human immunodeficiency virus among intravenous drug users participating in a syringe/needle exchange program *Scand J Infect Dis* 2000; 32 (3): 253-256.
74. Mathias R. High-risk sex is main factor in HIV infection for men and women who inject drugs. *NIDA Notes* 2002/2003; 17: no.2.
75. Mattick R.P., Ali R., White J.M., O'Brien S., Wolk S., Danz C. Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: a randomized double-blind trial with 405 opioid-dependent patients. // *Addiction*. - 2003, 441–452.
76. O'Connor P.G., Oliveto A.H., Shi J.M., Triffleman E.G., Carroll K.M., Kosten T.R., Rounsaville B.J., Pakes J.A., Schottenfeld R.S. A randomized trial of buprenorphine maintenance for heroin dependence in a primary care clinic for substance users versus a methadone clinic. // *Am J Med*. – 1998. – Vol. 105. – P. 100-105.
77. Pani P.P., Maremmani I., Pirastu R., Tagliamonte A., Gessa G.L. Buprenorphine: a controlled clinical trial in the treatment of opioid dependence. // *Drug Alcohol Depend*. - 2000. - Vol. 60. - P. 39-50.
78. Schechter M T, Strathdee SA, Cornelisse PG, et al. Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users?: an investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS*. 1999 ; 13(6): F45-51.
79. Schottenfeld R.S., Pakes J.R., Oliveto A., Ziedonis, D., Kosten T.R. Buprenorphine vs methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. // *Archs. Gen. Psychiat*. - 1997. - Vol. 54. – P. 713–720.
80. Strain E.C., Stitzer M.L., Liebson I.A., Bigelow G.E. Buprenorphine versus methadone in the treatment of opioid-dependent cocaine users. // *Psychopharmacology*. – 1994. - Vol.116. – P. 401–406.
81. Strain E.C., Stitzer M.L., Liebson I.A., Bigelow G.E. Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence. *Am J Psychiat*. – 1994. - Vol. 151. - P. 1025–1030.
82. Strain, E.C., Stitzer M.L., Liebson I.A., Bigelow G.E. Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. // *Ann. Intern. Med*. – 1993. - Vol. 119. – P. 23–27.
83. Strathdee S.A., Galai N., Safaiean M. et al. Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users: a 10-year perspective. *Arch Intern Med*. 2001; 161(10): 1281-128.
84. Strathdee S.A., Patrick D.M., Currie S.L. et al. Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS*. 1997; 8: F56-65.
85. Ullmann R. Geschichte der ärztlichen Verordnung von Opioiden an Abhängige. // *Suchttherapie* 2001. - №2. - P. 20-27.
86. van Beusekom I., Iguchi M.Y. A review of recent advances in knowledge about methadone maintenance treatment. *RAND Europe*, 2001.
87. van Haastrecht H.J., van Ameijden E.S., van den Hoek J.A. et al. Predictors of mortality in the Amsterdam cohort of human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative drug users. *Am J. Epidemiol* 1996; 143: 380-91.
88. Материалы по вопросам лечения наркомании. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению. – Организация Объединённых Наций, Управление по наркотикам и преступности. – Нью-Йорк, 2003.

Сайт «Нет – Наркотикам», Москва, 2007 г.