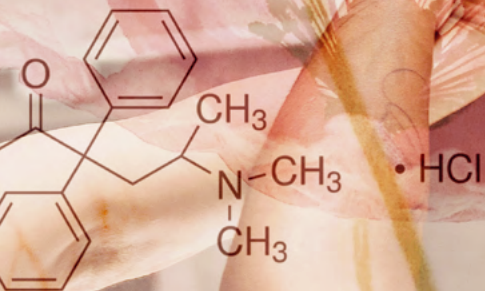
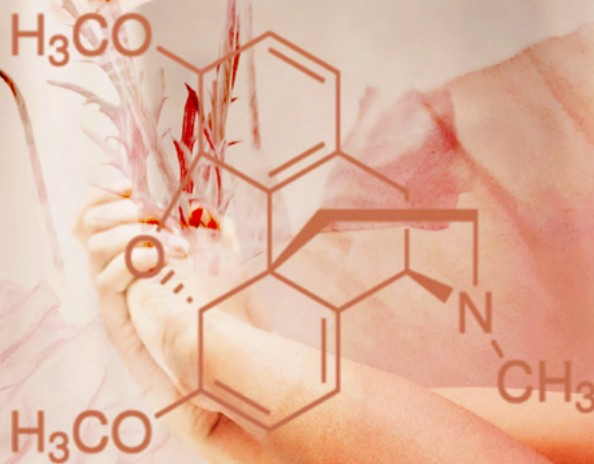


ЧЕК

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ
ТЕРАПИЯ



2022



“ЧЕК” — это журнал для людей, употребляющих наркотики, экспертов и активистов, работающих в регионе ВЕЦА, и тех, кто хочет узнать больше о наркополитике и снижении вреда в регионе. Журнал издаётся Евразийской ассоциацией снижения вреда (ЕАСВ) и Евразийской сетью людей, употребляющих наркотики (ЕСЛУН).



Главный редактор
Мария Плотко

Авторы
Лана Дурьява
Ольга Беляева
Дэвид Пешек
Олена Курлат
Ирина Селина
Кестутис Буткус

Редактор
Александр Левин

Фотографии
Дэвид Пешек
Олена Курлат
Ирина Селина

Перевод
Дарья Серес

Дизайн и верстка
LIPCIKstudio (Студия LIPCIK)

Финансовая поддержка
Фонд Роберта Карра для поддержки сетей гражданского общества (RCF)



Copyright © 2021 ЕАСВ & ЕСЛУН

Веркю ул. 34В, офис 701
LT – 08221, Вильнюс
ЛИТВА
+370 62010630
info@HarmReductionEurasia.org
contact.enpud@gmail.com
https://harmreductioneurasia.org/
https://enpud.net/

СОДЕРЖАНИЕ

03
«Пожалуйста, тише. Человек принял лекарство и отдыхает»

04
SANANIM – пространство поддержки и безопасности: программа заместительной терапии в Чехии

06
Кто, когда и для чего придумал опиоидную заместительную терапию?

08
Мешать или не мешать?

10
Путеводитель по препаратам ОЗТ

12
Олена, Украина: Мой день длиною в жизнь

14
Елена, Казахстан: Немного солнца в холодной воде

18
Кестутис, Литва: Будни ЗТ, или амортизация зависимости



«Пожалуйста, тише. Человек принял лекарство и отдыхает».



Такими словами нас встретила докторка в помещении центра заместительной терапии с использованием медицинского героина в Дании в 2013 году. Этот момент проявился у меня в голове в 2021 году, когда пришла за лекарством в кабинет заместительной терапии дома в Украине и услышала от человека в белом халате: «Набежали, как таракань».

Заместительная поддерживающая терапия (также известная как Поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО), опиоидное поддерживающее лечение (ОПЛ), опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) или заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)) состоит из двух компонентов, которые равны и по значимости и влиянию на эффективность программы.

Заместительная терапия — это значит лекарство, которое имеет такое же действие как и вещество, от которого у человека зависимость. Для людей, зависимых от опиатов, как и для ВИЧ-позитивных людей, выпускается линейка лекарств, чтобы можно было подобрать подходящую для человека схему. В Берлине встретили Али, пациента программы ОЗТ: «я обратился за помощью из-за опиатной зависимости, чтобы мне назначили метадон. Через время понял, что продолжаю употреблять нелегальные вещества. Доктор предложил мне попробовать бупренорфин, составил схему перехода. Через несколько месяцев меня перевели на морфин. И доктор сказал, что если морфин не поможет снизить количество инъекцией, будет назначен медицинский героин». Для людей, зависимых от стимуляторов в Чехии началась программа с использованием препарата метилфенидат.

Поддерживающая терапия — пространство и атмосфера принятия, профессионализма и безопасности для людей. Лекарство помогает восстановить физическое здоровье. Чтобы мы могли восстановиться психологически, в программах Европейских стран созданы условия и для врачей, и для пациентов: просторные уютные помещения для ожидания и отдыха; доктор, который/которая спросят о жизни, о проблемах и помогут в их решении.

В странах нашего региона кабинеты заместительной терапии часто с решётками и злыми сотрудниками, которые используют нашу зависимость, чтобы манипулировать, наказывать или унижать. Понимая, что люди вынуждены терпеть, пока не восстановится здоровье и социальные связи. Сотрудники министерства, ответственные за эти программы, могут не вовремя закупить лекарство, оставив 300 человек страдать от абстиненции. Или поставить

условием закупки самую низкую цену, не обращая внимание на качество лекарства. Их не волнует, что последствия для пациентов — это потеря здоровья, работы, отношений в семье. Также им, похоже, безразличны негативные последствия для бюджета — дополнительные расходы на диагностику и лечение новых случаев ВИЧ, гепатитов, лечение или ампутации конечностей, инвалидности, пособия.

Завершая обмен опытом в Дании, задала вопрос докторке: когда вы поняли, что качество лекарства и условия приёма значимо влияют на состояние пациента и снижают риски потребности в нелегальном употреблении. Она с грустью ответила: «30 лет мы пытались изменить жизнь людей под наши правила, и у нас ничего не получилось. Тогда мы поменяли подход и создали условия программы, принимая во внимание образ жизни наших пациентов. Поэтому мы предложили и инъекционный и таблетированный героин два раза в день; на ночь наши пациенты получают метадон. Организовали комнату отдыха; лампу, которая проявляет вены».

Восстанавливаться сложно, особенно восстановить доверие к наркологической службе. Чтобы улучшить доступность, качество лечения и расширить линейку лекарств, Евразийская сеть Людей, употребляющих наркотики, создала региональный Экспертный Совет по Лечению. Наша задача объединиться с профессиональными докторами и специалистами Министерств здравоохранения, и помочь организовать условия программы в соответствии с международными стандартами.

Оля Беляева
программная координаторка
Евразийской сети людей,
употребляющих наркотики

SANANIM — пространство поддержки и безопасности

Экскурсию по центру для нас провел Давид Пешек, руководитель Контактного центра SANANIM в центре Праги, Чехия

Центр снижения вреда SANANIM открыт каждый день в году, включая выходные и праздники. Часы работы — с 9 утра до 8 вечера, с учетом потребностей сообщества. Комната обмена игл и шприцев — это также место, где мы обсуждаем с людьми, что будет им нужно от нас на сегодня. Затем мы заключаем устное соглашение о дальнейших действиях. Будь то медицинское лечение, консультирование по вопросам зависимости, участие в программе трудоустройства или выдача ОЗТ или других лекарств. Ежедневно наш центр посещают более 100 клиентов. Это не позволяет нам работать индивидуально с каждым, но у каждого клиента есть возможность обратиться за индивидуальной консультацией или другими специализированными услугами. Как только такое сотрудничество начинается, за клиентом закрепляется ключевой работник или кейс-менеджер.

Мы небольшая программа для самых уязвимых людей, для которых не сработали другие программы. В качестве препаратов мы в основном предлагаем бупренорфин и метилфенидат. Наш лимит — 20 человек. У каждого клиента программы ОЗТ есть свой кейс-менеджер. Лекарства выдаются ежедневно, и мы совместно работаем над решением социальных, юридических, вопросов взаимоотношений и других вопросов, связанных с ситуацией клиента. От клиента и нашего соглашения зависит, что будет оптимальным, что лучше работает. Кто-то приходит каждый день, кто-то получает дозу на дом на неделю. Клиенты, находящиеся в конфликте с законом, могут выполнять общественные работы в нашем центре. Также возможно участие клиентов в специальной программе трудоустройства. Адрес центра служит контактным адресом для бездомных, они также могут хранить у нас лекарства

типа антиретровирусной терапии, если это необходимо.

В нашем центре есть душ. Им могут пользоваться все желающие, но, так как у нас всего один душ и он практически не справляется с потоком желающих, обычно им пользуются люди, нуждающиеся в медицинской помощи и принимающие душ перед медицинскими процедурами (например, с дефектами кожи на ногах, абсцессами и т. д.). Кроме того, душ необходим женщинам с их особыми потребностями.

Многопрофильная команда состоит из аддиктологов, психологов, психиатров, медиков, социальных работников, бывших потребителей, равных консультантов и представителей других помогающих профессий. Это позволяет охватить весь спектр потребностей в соответствии с био-психо-социо-эко-духовной моделью. Мы также проводим групповые социотерапевтические мероприятия, такие как арт-терапия или воскресные кинопросмотры. Кроме того, каждый вторник проводится открытая терапевтическая группа. Большинство этих услуг проводится в контактной комнате. Важной частью нашей работы является также возможность направлять клиентов в другие необходимые им службы или лечебные учреждения. Если нужно, мы можем сопровождать клиентов в эти службы или инициировать трехстороннее сотрудничество и продолжать заниматься ведением кейса.

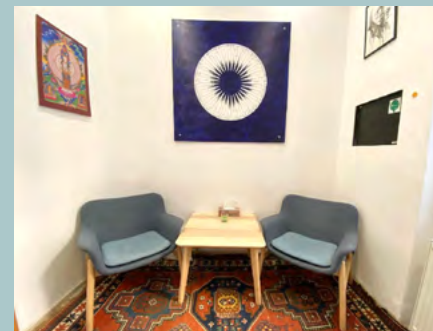
Мы стараемся быть безопасным местом, приютом или даже домом на некоторое время для самых уязвимых людей на улицах Праги, местом, где можно установить теплые отношения и отдохнуть на несколько мгновений в напряженной жизни.



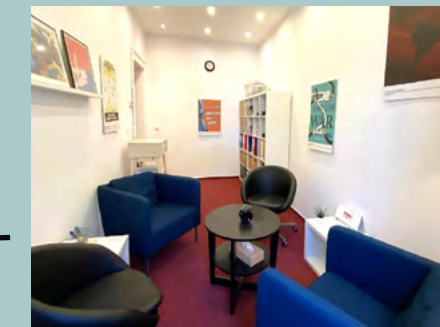
6. ОФИС СОТРУДНИКОВ



2. КОНТАКТНАЯ КОМНАТА



4. КОМНАТА ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИЙ



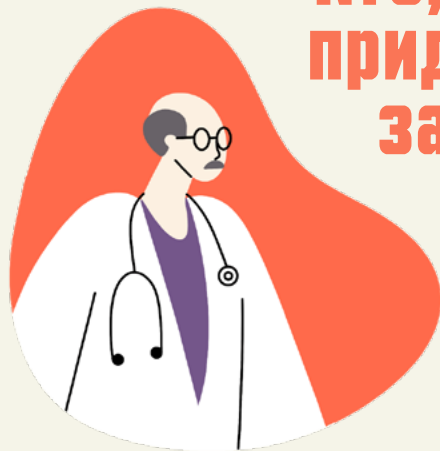
3. КОМНАТА ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИЙ



5. МЕДИЦИНСКИЙ КАБИНЕТ



1. ПРОСТРАНСТВО ДЛЯ ВЫДАЧИ НАБОРОВ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА



Кто, когда и для чего придумал опиоидную заместительную терапию?

Назначение фармацевтического героина в качестве лечения героиновой зависимости было закреплено в медицинской практике Великобритании (известной как «британская система») Комитетом Роллестона в 1926 году. Комитет утвердил принцип, согласно которому врачи могут законно

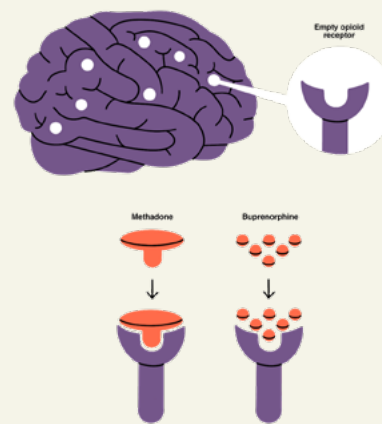
назначать препараты, вызывающие привыкание, в рамках лечения зависимости. В связи с опасениями по поводу чрезмерно частого назначения и попадания наркотиков на нелегальный рынок Закон об опасных наркотиках 1967 года позволил только врачам с лицензией Министерства внутренних дел прописывать героин для лечения зависимости. В настоящее время лечение с помощью героина доступно лишь небольшому числу нуждающихся людей в Швейцарии, Нидерландах, Германии, Канаде и Великобритании.

Метадон был разработан в Германии перед Второй мировой войной и первоначально использовался в качестве обезболивающего и анальгетика. В 1949 году исследователи из Лексингтона, штат Кентукки, продемонстрировали, что метадон является наиболее эффективным препаратом для снятия опиоидной абстиненции. В 1964 году метадоновая терапия появилась в рамках исследовательского проекта в Университете Рокфеллера в Нью-Йорке, а в 1966 году лечение метадоном было перенесено в амбулаторные учреждения. В настоящее время метадоновая терапия доступна во многих странах, но все еще остаются места, где она запрещена (например, Россия, Узбекистан, Бразилия, Нигерия и Саудовская Аравия).

Как работает ОЗТ?

ОЗТ используется в качестве замены опиоидов, таких как героин, фентанил, оксикодон, морфин и кодеин. ОЗТ не используется для замещения неопиоидных наркотиков. Однако заместительная терапия существует и для потребителей стимуляторов, например, фармакотерапевтическое лечение метилфенидатом в Чешской Республике. Препараты ОЗТ связываются с опиоидными рецепторами в организме

человека и предотвращают возникновение абстиненции и тяги, одновременно обеспечивая чувство стабильности. Они могут назначаться в качестве краткосрочного лечения, чтобы помочь людям полностью прекратить употребление опиоидов, или в качестве долгосрочного поддерживающего препарата. Хотя исследования показали, что эффективность ОЗТ в случаях полинаркомании менее выражена, чем у людей, употребляющих



исключительно опиоиды, тем не менее, она статистически значима; следовательно, одновременное употребление нескольких веществ как критерий исключения из программы не оправдан.

Препараты для ОЗТ могут быть либо полными агонистами, либо смешанными агонистами-антагонистами. Полный агонист связывается с опиоидными рецепторами и полностью активирует их. Это означает, что, когда люди употребляют наркотик, являющийся полным агонистом (например, героин и метадон), они могут полностью ощутить его действие. В свою очередь, смешанный агонист-антагонист иногда ведет себя как агонист, а при других условиях — как блокатор. Блокатор не активирует опиоидные рецепторы, а вместо этого блокирует активность других опиоидных препаратов, поэтому потребители не могут ощутить эффект опиоидов, если употребляют их на фоне препаратов-блокаторов (они не чувствуют «кайфа»). У людей с опиоидной зависимостью употребление опиоидов на фоне препаратов, являющихся частичными блокаторами (например, бупренорфина), также вызывает появление симптомов абстиненции.

На стыке медицины и социальной помощи

ОЗТ — это научно обоснованная медицинская программа, которая улучшает физическое и психологическое здоровье людей. ОЗТ помогает избежать таких проблем со здоровьем, как передозировка и смерть от наркотиков, сокращает потребление запрещенных веществ и повышает эффективность лечения; в случае инъекционного употребления наркотиков ОЗТ предотвращает повреждение вен и заражение бактериальными и вирусными инфекциями, такими как ВИЧ и гепатиты В и С. Медицинская программа включает подбор дозировки и препарата ОЗТ, регулярные медицинские осмотры, краткосрочную детоксикацию и долгосрочное поддерживающее лечение. Кроме того, программы ОЗТ часто предлагают тестирование на вирусы, передающиеся через кровь, программы обмена игл и шприцев, а в некоторых странах (например, в Великобритании) — инструктаж по приему налоксона и его выдачу. При наличии клинической необходимости, например, в случаях двойного диагноза, ОЗТ в идеале должна проводиться в сочетании с психотерапией, которую часто предоставляют партнерские общественные организации.

ОЗТ также является эффективной социальной программой с многочисленными положительными социальными последствиями; например, она улучшает социальное функционирование (занятость, жилье, социальные отношения и семейную жизнь), снижает количество преступлений, совершенных с целью поддержания зависимости от веществ, и уменьшает расходы на уголовное правосудие и социальное обеспечение. Социальная программа включает мероприятия психосоциального характера, группы поддержки, жилищную поддержку, программы образования, обучения и трудоустройства, поддержку семьи, наставничество равных и возможности для волонтерства.

Мешать или не мешать?

Следует избегать употребления комбинации **метадона и бупренорфина**. С одной стороны, бупренорфин действует как опиоид; он усиливает седативный эффект и замедляет дыхание. С другой стороны, **бупренорфин может действовать как блокатор** и препятствовать полноценному действию метадона, что может привести к симптомам **абстиненции** (т. е. преципитированной абстиненции) у людей с опиоидной зависимостью. Сочетание этих препаратов также может снизить обезболивающий эффект метадона.

Метадон и алкоголь являются депрессантами, то есть они усиливают седативный эффект, угнетают центральную нервную систему и замедляют сердцебиение и дыхание. Как следствие, алкоголь усиливает действие метадона. И алкоголь, и метадон удлиняют интервал QT (время с момента сокращения сердечной мышцы до ее последующего покоя), что приводит к серьезным нарушениям сердечного ритма у людей. **Следует избегать смешивания алкоголя и метадона, поскольку это повышает риск передозировки и смерти.**



↑	⊖	↓	⚠	💔	✖
Низкий риск и синергия	Низкий риск и нет синергии	Низкий риск и ослабление воздействия	Осторожно	Небезопасно	Опасно

	LSD	Mushrooms	DMT	Mescaline	DOx	NBOMes	2C-x	2C-T-x	5-MeO-xxT	Cannabis	Ketamine	MXE	DXM	Nitrous	Amphetamines	MDMA	Cocaine	Caffeine	Alcohol	GHB/GBL	Opioids	Tramadol	Benzodiazepine	MAOIs	SSRIs	
LSD	LSD	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	△	↑	↑	↑	↑	△	↑	△	⊖	↓	↓	⊖	⊖	↓	↓	↓	LSD
Mushrooms	↑	Mushrooms	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	△	↑	↑	↑	↑	△	↑	△	⊖	↓	↓	⊖	⊖	↓	↑	↓	Mushrooms
DMT	↑	↑	DMT	↑	↑	↑	↑	↑	↑	△	↑	↑	↑	↑	△	↑	△	⊖	↓	↓	⊖	⊖	↓	↑	↓	DMT
Mescaline	↑	↑	↑	Mescaline	△	△	△	△	△	△	↑	↑	↑	↑	△	↑	△	⊖	↓	↓	⊖	⊖	↓	△	↓	Mescaline
DOx	↑	↑	↑	△	DOx	△	△	△	△	△	↑	△	⊖	↑	⊖	△	⊖	△	↓	↓	⊖	⊖	↓	△	↓	DOx
NBOMes	↑	↑	↑	△	△	NBOMes	△	△	△	△	↑	△	⊖	↑	⊖	△	⊖	△	↓	↓	⊖	⊖	↓	△	↓	NBOMes
2C-x	↑	↑	↑	△	△	△	2C-x	△	△	△	↑	↑	↑	↑	△	↑	△	⊖	↓	↓	⊖	⊖	↓	△	↓	2C-x
2C-T-x	↑	↑	↑	△	△	△	△	2C-T-x	△	△	↑	△	⊖	↑	⊖	△	⊖	⊖	↓	↓	⊖	⊖	↓	△	↓	2C-T-x
5-MeO-xxT	↑	↑	↑	△	△	△	△	△	5-MeO-xxT	△	↑	↑	⊖	↑	⊖	△	⊖	⊖	↓	↓	⊖	⊖	↓	△	↓	5-MeO-xxT
Cannabis	△	△	△	△	△	△	△	△	△	Cannabis	↑	↑	↑	↑	△	↑	△	⊖	↑	↑	↑	↑	↓	↑	⊖	Cannabis
Ketamine	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	Ketamine	↑	⊖	↑	↑	↑	△	⊖	↓	↓	↑	↑	△	△	⊖	Ketamine
MXE	↑	↑	↑	↑	△	△	↑	△	↑	↑	↑	MXE	⊖	↑	△	△	△	⊖	↓	↓	↓	↓	△	⊖	△	MXE
DXM	↑	↑	↑	↑	⊖	⊖	↑	⊖	⊖	↑	⊖	⊖	DXM	↑	⊖	⊖	⊖	⊖	↓	↓	↓	↓	△	↓	↓	DXM
Nitrous	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	Nitrous	↑	↑	↑	⊖	△	△	△	△	↓	⊖	⊖	Nitrous
Amphetamines	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	Amphetamines	↑	△	△	△	△	△	△	↓	↓	⊖	Amphetamines
MDMA	↑	↑	↑	↑	△	△	↑	△	△	△	↑	↑	↑	↑	↑	MDMA	△	△	△	△	⊖	↓	↓	↓	↓	MDMA
Cocaine	△	△	△	△	⊖	⊖	△	⊖	⊖	△	△	△	⊖	↑	△	△	Cocaine	△	⊖	△	↓	↓	↓	↓	⊖	Cocaine
Caffeine	⊖	⊖	⊖	⊖	△	△	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	△	△	△	Caffeine	⊖	⊖	⊖	⊖	↓	⊖	⊖	Caffeine
Alcohol	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↓	↓	↓	△	△	△	⊖	Alcohol	↓	↓	↓	↓	⊖	△	Alcohol
GHB/GBL	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↓	↓	↓	△	△	△	⊖	↓	GHB/GBL	↓	↓	↓	↑	⊖	GHB/GBL
Opioids	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	↑	↓	↓	↓	↓	△	△	↓	⊖	↓	↓	Opioids	↓	↓	↓	⊖	Opioids
Tramadol	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	↑	↓	↓	↓	↓	△	△	↓	⊖	↓	↓	Tramadol	↓	↓	↓	↓	Tramadol
Benzodiazepine	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Benzodiazepine
MAOIs	↓	↑	↑	△	△	△	△	△	△	△	↑	△	⊖	⊖	↓	↓	↓	⊖	⊖	↑	△	↓	↑	↓	↓	MAOIs
SSRIs	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	⊖	⊖	△	↓	⊖	⊖	↓	⊖	⊖	△	⊖	⊖	↓	⊖	↓	↓	SSRIs



SUPPORT US

This information has been researched to the best ability by the TripSit team, and the greatest effort has been made not to include incorrect or misleading information though some information may never be 100% accurate. This chart is meant as a quick reference guide and additional research much always be done. It's not sufficient to only consult this chart when considering a combination. Use at your own risk and please try to be safe. When mixing drugs keep potentiation in mind and start with lower doses of each substance. For more information on specific drugs visit www.drugs.tripshit.me

Up-to-date information, details, explanations, and references are published on www.combo.tripshit.me Further information about individual drugs including dosages, durations, and HR advice is available at www.drugs.tripshit.me



MOBILE APP

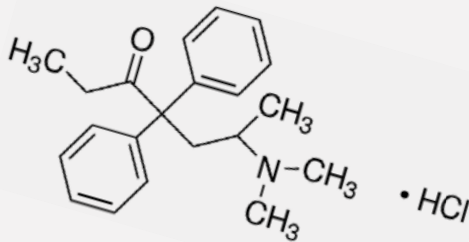
Путеводитель по препаратам ОЗТ



ОЗТ существует в нескольких формах, но все они действуют одинаково: препараты ОЗТ замещают запрещенные опиоиды (героин или другие уличные опиоиды), менее вредными альтернативами фармацевтического качества, которые назначаются врачом. ОЗТ — это подконтрольные препараты, требующие соблюдения соответствующих мер безопасности. Когда люди начинают принимать ОЗТ, они употребляют препараты под наблюдением, как правило, в специализированных центрах. Когда дозировка стабилизируется, клиентам часто выдают лекарство на дом.

Метадон полностью синтетический опиоид, поскольку его активные компоненты не встречаются в природе. Он является полным агонистом, обычно выпускается в жидкой форме, но также доступен в таблетках, капсулах и ампулах. Кроме того, существует метадон без содержания сахара. Если человеку назначена правильная доза (принимается один раз в день), действие метадона должно продолжаться не менее 24 часов. Существует также метадон длительного действия, который принимается раз в три дня. В зависимости от дозы, метадон может вызвать теплое и мягкое эйфорическое чувство, но не дает полного эффекта. Хотя употребление героина на фоне приема метадона возможно, терапевтическая доза метадона задействует опиоидные рецепторы и снижает эйфорический эффект героина, повышая при этом риск передозировки. Смешивание метадона с другими седативными и обезболивающими препаратами (например,

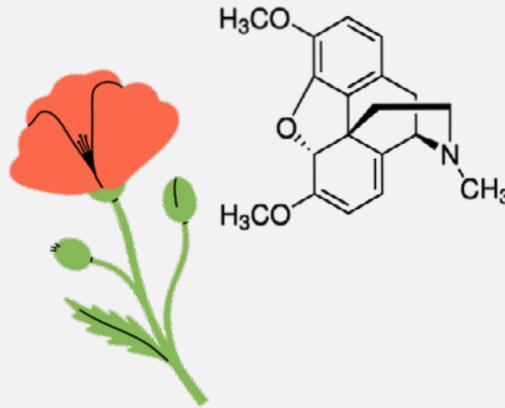
демеролом, морфином и оксикодоном) вызывает угнетение дыхания (замедленное и неэффективное дыхание) и повышает риск передозировки. Метадон способствует устойчивому пребыванию на лечении и значительно снижает риск передозировки. Он может назначаться в качестве краткосрочного лечения, чтобы помочь людям полностью прекратить употребление опиоидов, но чаще его используют в качестве долгосрочного поддерживающего препарата. Метадон был синтезирован в 1939 году в Германии. В 1949 году исследователи из Лексингтона, штат Кентукки, продемонстрировали, что метадон является наиболее эффективным препаратом для лечения опиоидной абстиненции, а в 1964 году метадоновая терапия появилась в качестве пилотной исследовательской программы в Рокфеллеровском университете. В настоящее время метадон доступен во многих странах (например, в Албании, Венгрии, Косово, Хорватии, Польше, Украине и Кыргызстане) и является наиболее часто назначаемым препаратом для ОЗТ в регионе Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии (ЦВЕЦА).



Бупренорфин это полусинтетический опиоид, получаемый из тебаина, алкалоида опиного мака, встречающегося в природе. Бупренорфин действует как опиоидный агонист (предотвращает тягу и абстиненцию) и блокатор (препятствует действию других опиоидов). Обычно он принимается один раз в день и выпускается в форме таблеток, которые рассасываются под языком. Существует также форма депо-бупренорфина длительного действия, который вводится с помощью инъекции раз в неделю или месяц. Бупренорфин был разработан в 1966 году в Англии, и, хотя его потенциал для ОЗТ был быстро признан, только спустя почти три десятилетия фармацевтическая компания Reckitt разработала сублингвальную форму бупренорфина (под названием Subutex) для ОЗТ, которая впервые была выпущена во Франции в 1995 году. Бупренорфин — безопасный препарат, блокирующий действие героина; при употреблении на фоне рецептурного бупренорфина дозы героина (или другого опиоида) не оказывают никакого эффекта. Бупренорфин также блокирует действие других опиоидных препаратов (например, демерола, оксикодона и морфина) и, таким образом, снижает их обезболивающий эффект. Следовательно, бупренорфин является хорошим препаратом для детоксикации, и как правило, получить дозу бупренорфина на дом легче, чем другие препараты для ОЗТ. Бупренорфин доступен в нескольких странах региона ЦВЕЦА, например, в Латвии, Грузии, Северной Македонии и Румынии.



Субоксон это торговое название лекарства, содержащего два ингредиента (бупренорфин и налоксон); он также существует в форме дженерика (лекарственный препарат, который в своей основе имеет то же количество и качество активного вещества, что и в оригинальном средстве). Данный препарат выпускается в форме пероральной пленки или таблеток и рассасывается под языком. Субоксон обладает всеми основными свойствами бупренорфина с дополнительным эффектом налоксона. Налоксон является опиоидным антагонистом, это означает, что он полностью блокирует действие опиоидов на рецепторы. Поэтому он используется для профилактики передозировки опиоидов. Субоксон был разработан фармацевтической компанией Reckitt на основе предложения Национального института по злоупотреблению наркотиками (NIDA) о создании таблетки бупренорфин-налоксон; в 2002 году он получил одобрение Управления по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA). Субоксон был предложен для того, чтобы предотвратить риск злоупотребления бупренорфином, поскольку некоторые люди стремились вводить препарат инъекционно вместо того, чтобы принимать его сублингвально. Если человек вводит субоксон внутривенно, он немедленно испытывает преципитированную абстиненцию (ускоренный синдром отмены) из-за блокирующего действия налоксона. Субоксон доступен в нескольких странах региона ЦВЕЦА, например, в Боснии и Герцеговине, Венгрии и Словении.



Субоксон это торговое название лекарства, содержащего два ингредиента (бупренорфин и налоксон); он также существует в форме дженерика (лекарственный препарат, который в своей основе имеет то же количество и качество активного вещества, что и в оригинальном средстве). Данный препарат выпускается в форме пероральной пленки или таблеток и рассасывается под языком. Субоксон обладает всеми основными свойствами бупренорфина с дополнительным эффектом налоксона. Налоксон является опиоидным антагонистом, это означает, что он полностью блокирует действие опиоидов на рецепторы. Поэтому он используется для профилактики передозировки опиоидов. Субоксон был разработан фармацевтической компанией Reckitt на основе предложения Национального института по злоупотреблению наркотиками (NIDA) о создании таблетки бупренорфин-налоксон; в 2002 году он получил одобрение Управления по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA). Субоксон был предложен для того, чтобы предотвратить риск злоупотребления бупренорфином, поскольку некоторые люди стремились вводить препарат инъекционно вместо того, чтобы принимать его сублингвально. Если человек вводит субоксон внутривенно, он немедленно испытывает преципитированную абстиненцию (ускоренный синдром отмены) из-за блокирующего действия налоксона. Субоксон доступен в нескольких странах региона ЦВЕЦА, например, в Боснии и Герцеговине, Венгрии и Словении.

Морфин с пролонгированным высвобождением (МПВ)

это природный опиат, поскольку его получают непосредственно из растений мака. Он является полным агонистом и принимается один раз в день в виде капсул. Обычно его не назначают в качестве первого средства ОЗТ, но он полезен для людей, которые безуспешно пытались лечиться метадоном и бупренорфином. МПВ обеспечивает более сильное ощущение тепла и блокировку боли, чем метадон. Использование уличных опиоидных наркотиков на фоне МПВ возможно, так как МПВ не обладает блокирующим эффектом, но зачастую у людей появляется меньше стремления к употреблению. Морфин был впервые выделен из опия в Германии в 1803 году, а МПВ используется для ОЗТ уже несколько десятилетий; однако он доступен только в нескольких странах, например, в Словении, Болгарии, Австрии и Великобритании.

Диаморфин (фармацевтический героин) — это полусинтетический опиоид и полный агонист, который вводится 2-3 раза в день и назначается врачом. Диаморфин назначается только тем людям, которые безуспешно пытались пройти лечение метадоном и бупренорфином. Диаморфин обеспечивает эффект эйфории, за которым следует сильное чувство тепла и блокировка боли. Впервые диаморфин был синтезирован в 1874 году в Англии, а название диаморфина в качестве средства лечения героиновой зависимости было закреплено в медицинской практике Великобритании (известной как "британская система") Комитетом Роллестона в 1926 году. В настоящее время только несколько стран (например, Швейцария, Нидерланды, Германия, Канада и Великобритания) предоставляют ОЗТ с диаморфином.



Метилфенидат (МРН) производное пиперидина, был впервые синтезирован в 1944 году и продавался фармацевтической компанией Ciba-Geigy как Риталин (Ritalin). Первоначально показанный для различных состояний (например, хроническая усталость, депрессивные состояния, психоз, связанный с депрессией), МРН в настоящее время в основном используется для лечения синдрома дефицита внимания (СДВГ) и, в меньшей степени, нарушений сна (например, нарколепсии). При использовании по показаниям этот стимулирующий препарат хорошо переносится, безопасен и имеет минимум побочных эффектов, что продемонстрировано в разных группах пациентов, особенно среди тех, кто постоянно употребляет кокаин. Сегодня различные препараты МРН с немедленным (IR) и замедленным высвобождением (SR) доступны под несколькими торговыми марками в различных формах для перорального (через рот) и трансдермального введения (в форме пластырей или плёнок, замедленно высвобождающих лекарственное средство).

МЕТАДОН	БУПРЕНОРФИН
Полностью синтетический опиоид, его активные компоненты созданы химическим путем и не встречаются в природе	Полусинтетический опиоид, производимый в лабораториях из природных опиатов
Является полным агонистом, который может вызывать у людей ощущение тепла и легкой эйфории	Смешанный агонист-антагонист, который может вызывать приятные ощущения, но не эйфорический кайф
Имеет большой потенциал для злоупотребления и зависимости	Риск передозировки бупренорфином очень низок, поскольку он блокирует действие опиоидов, а также обладает потолочным эффектом, то есть, если человек принимает более 30 мг, эффект не усиливается. По этой причине бупренорфин часто рассматривается как более безопасный вариант и контролируется менее жестко, чем метадон
Существует риск передозировки при употреблении запрещенных опиоидов (включая уличный метадон) на фоне приема метадона по рецепту	Существует риск передозировки при употреблении запрещенных опиоидов (включая уличный метадон) на фоне приема метадона по рецепту
Более жесткие симптомы отмены при отказе	Более мягкие симптомы отмены при постепенном отказе
Характеризуется более устойчивым пребыванием на лечении и контролем боли у пациентов	Меньше побочных эффектов и отрицательного взаимодействия с обычными лекарствами
Легче начать, поскольку людям не нужно прекращать употребление опиоидов до начала лечения	Обычно начинают принимать после того, как начались симптомы абстиненции
Большинство людей остаются на метадоне минимум 12 месяцев (в некоторых случаях этот срок может достигать 20 лет и более)	Продолжительность лечения бупренорфином варьируется и часто является более краткосрочной.

Разница между медицинским и уличным метадоном

Медицинский метадон назначается врачом и включает тщательную титрацию (постепенное повышение) до нужной дозы для конкретного пациента, в то время как уличный метадон продается или раздается тем, кому он не был назначен. Установление терапевтической дозы уличного метадона не контролируется медиками, а сила действия уличного метадона не может быть точно определена, так как некоторые люди, продающие метадон, разбавляют его, чтобы заработать больше денег. Следовательно, уличный метадон очень опасен. Риск передозировки и смерти особенно высок, если подмешивать к метадоны другие седативные препараты.

МОЙ ДЕНЬ ДЛИННОЮ В ЖИЗНЬ

Name:

Country:

ОЛЕНА,
УКРАИНА

Просроченный паспорт

2015 год. Автобус остановился на блокпосте. Мое сердце замерло, желудок ухнул куда-то вниз... Я поднялась сегодня на рассвете. Маршрутка Донецк- Славянск отправлялась в 05:00 утра, я даже не позавтракала, ведь метадон мне сегодня предстояло получить уже не в ДНР, а в Украине.¹

Я ехала и тряслась от страха – только бы успеть в диспансер, только бы приехать вовремя.

Донецкий сайт заместительной поддержки в ающей терапии находился на последнем издыхании – заканчивался препарат. С сегодняшнего дня дозы всем убавили ровно наполовину. Мои 50 мг превратились в 25 мг, а скоро не будет и этого. Метадон, предназначенный Донецкой области, мертвым грузом лежал на складе «Лики Украины» в Киеве, и ему суждено было так там и остаться.

Я ехала в Славянск по программе Альянса общественного здоровья под названием «Переселенцы». В этом маленьком курортном городке, славящемся солеными озерами и целебными грязями, с которого начался сырбор на Донбассе, жили мои родственники. Именно поэтому у меня не было чувства, что я еду в никуда. Хотя, все равно, мне было очень страшно – я боялась, что не проеду, ведь у меня был просрочен паспорт. В автобус заглянул украинский солдат – молодой, скуластый, конопатый хлопец:

«Громадяны, куды йдемо? Додому?» «Так, додому», – нестройным хором ответили пассажиры. Солдат прошел по проходу, быстро проверяя паспорта. В свой паспорт я, по совету соседа-попутчика, положила 50 гривен. Выходя, он пожелал всем счастливого пути, и автобус тронулся с места – уже в Украине! Я перевела дух. Я проехала! Я буду на программе!

Назад в будущее

Весь 2014 год и первые пять месяцев 2015 года были ужасны своей неопределенностью и постоянным ожиданием того, что я приду утром получать препарат, а программа уже не работает.

Я пришла на ЗПТ не своими ногами. Меня на руках туда притащил мой сын – после двух лет употребления «крокодила» я слегла. Ноги, уничтоженные сначала внутривенными, а потом внутримышечными инъекциями дезоморфина, держать меня не хотели. Пока мой сын договорился о месте в программе, пока собирали необходимые справки, я лежала дома, мучаясь от нескольких одновременно созревающих абсцессов и панически боялась, что просто не доживу до начала программы. Хотя «крокодила» было вдоволь, колоть его было уже просто некуда. И еще на второй день абстиненции у меня начинала развиваться острая почечная недостаточность: я отекала так, что не могла открыть глаз.

Помню, когда я первый раз получила метадон. Это был праздник. Все, мне не надо колоть этот невыносимо болезненный и ядовитый «крокодил»! Я буду жить!



Вскоре зажили абсцессы, и мои ноги из слоновьих тумб стали приходить в норму. Я почувствовала невероятную свободу. А когда приходили прежние знакомые, чтобы сварить «крокодил», я просто не открывала дверь. У меня появились новые интересы и новые друзья. Я была счастлива. И тут началась война, которая украла у меня это счастье и эту свободу.

Та самая женщина из Донецка

И вот я вырвалась из Донецка и снова почувствовала себя свободной и счастливой – я ехала по Славянску в наркодиспансер. Это лечебное заведение меня поразило. После ободранных стен кабинета ЗПТ в Донецке, мрачного коридора и щелястого пола тут была чистота, свежая краска, кружевные занавески. С сумкой, в которой были все мои пожитки, я шла по диспансеру в поисках доктора.

В кабинете сидела крупная старуха со злым лицом и капризно поджатыми губками. Вместо «здравствуйте» она спросила у меня: «Что, приехали жрать чужие таблетки?» Потом она посмотрела на часы и сообщила, что я слишком поздно приехала и сегодня препарат не получу. Я возразила: «Так ведь только без 20 минут 9, а сайт работает до половины 10!» Тогда докторша посмотрела на меня, как на маленькую букашку, у которой вдруг прорезался голос: «Мне еще надо тебя осмотреть и оформить». Стыдно сказать, но я расплакалась и начала ее умолять. «Ну ладно, – снизошла докторша. – Давайте ваши документы»...

Продолжение истории читайте на сайте ЕАСВ Олена Курлат, Украина

¹ В 2014 году российские военные силы оккупировали часть Донецкой и Луганской областей Украины. В оккупированной части донецкой области образовалась так называемая Донецкая народная республика (ДНР). В связи с тем, что на территории Российской Федерации ОЗТ запрещена по закону, такие же правила приняли и на территории оккупированного Крыма, ДНР и ЛНР, закрыв программы ОЗТ, а также осуждая за контрабанду наркотиков тех пациентов, которые получают препарат на руки на Украинской территории и привозят его домой (ссылка на #FreeZelenina campaign) <https://www.facebook.com/FreeNataashaZelenina>.

НЕМНОГО СОЛНЦА В ХОЛОДНОЙ ВОДЕ

Name: **ИРИНА**
Country: **КАЗАХСТАН**



Покончить с зависимостью

Итак, давайте знакомиться. Меня зовут Ирина, мне 38 лет, и я живу с молодым человеком в гражданском браке более девятнадцати лет. Детей за годы совместной жизни мы не назвали, так как большую часть этой совместной жизни мы на пару употребляли тяжелые наркотики и мотались по «командировкам» в места лишения свободы. По этой же причине мы и оказались в программе заместительной терапии (ПЗТ), так как хотели покончить с зависимостью.

Это сейчас я понимаю, что программа подразумевает в первую очередь снижение частоты инъекционного употребления различных опиатов, а не полное избавление от них. Изначально, вступив в программу, я рассчитывала за полгода поднять дозировку, затем ее снизить, после чего благополучно выйти из программы, но подзадержалась. Несмотря на все трудности, мы с мужем живем дружно в небольшой уютной квартирке недалеко от сайта ПЗТ в городе Усть-Каменогорск на востоке Казахстана.

В свободное время я рисую, читаю книги, по вечерам бегаю. Люблю природу, прогулки на воздухе, катание на коньках, походы в горы. Я бы могла рассказать еще много всего, что я люблю, но наша жизнь сильно ограничена. Так, например, из-за программы заместительной терапии у нас нет возможности выехать на природу с родителями или с компанией друзей на пару-тройку дней по причине отсутствия выдачи препарата на руки. Стыдно сказать, но я не была на море лет пятнадцать. Такая ситуация – одно из проблемных мест программы.

В случае такой поездки, если сначала будет все хорошо, то уже к вечеру первого дня мое самочувствие начнет ухудшаться по причине предстоящего абстинентного синдрома, а дальше будет только хуже и хуже. Это не просто отдых не удастся, а он будет безнадежно испорчен не только для меня, но и для тех, кто рядом. Я буду нервничать, грубить, близкие же будут всячески меня жалеть, давать ненужные советы, особенно если это мама или друзья, которые ничего не понимают в тонкостях моего самочувствия. Поэтому пока для отдыха для меня остается пляж на берегу реки Иртыш, в которой вода очень холодная, или грязная река Ульба, загаженная вдоль всего берега.

Путь из точки А в точку Б

Мой ежедневный путь от дома до сайта

занимает пятнадцать-двадцать минут пешком через дворы, мимо магазинов, детских садов, школы и библиотеки. Аптека – это наиболее интересный объект на моем маршруте. По стечению обстоятельств это именно одна из тех аптек, которая без рецепта отпускает запрещенные препараты (трамадол, сомнол, димелрол, тропикамид). Здесь почти всегда можно встретить интересных персонажей, в том числе и сотрудников полиции, ищущих очередную жертву. Почти ежедневно здесь случаются курьезные случаи. Кстати, некоторые из наших пациентов в этом месте довольно частые гости. Я их не осуждаю, потому что и сама какое-то время была в их числе.

Дальше я иду через пешеходный переход, красный свет горит почти две минуты. Жду зеленого и смотрю на зебру: полоса черная, полоса белая – как в нашей жизни. Сегодня все плохо, а завтра изменится к лучшему. В стране меняются законы, сменяются чиновники, медицина шагнула вперед, появляются новые технологии, дистанционное обучение и т.д. В период пандемии вообще многие сферы жизни стали дистанционные: доставка продуктов, интернет-магазины, интернет-платформы для проведения различных мероприятий.

Весь мир стал жить по новым правилам. Вот только в нашей жизни ничего не меняется. Мы не можем в нашем маленьком мире отдельно взятой программы заместительной терапии поменять ничего, потому что люди, устанавливающие эти правила, не хотят слышать нас и не хотят знать наши проблемы.

В самый первый локдаун в большинстве цивилизованных стран в программах заместительной терапии были приняты меры по выдаче препарата на руки, хотя бы на пять дней. Мы же в это большинство стран не попали. Уже одиннадцать лет в Казахстане программа заместительной терапии находится в режиме пилотного проекта. Как ходили мы каждый божий день в наркологический диспансер за ежедневной дозой, так и ходим. Пандемия ли, жара ли, мороз ли, или транспорт не ходит – не беда, мы найдем выход из безвыходной ситуации.

Ведь мы прошли огонь и воду за то время, пока были на нелегальном положении. Зачем

нас жалеть? Мы даже после операции на следующий день примчимся на костылях, да еще и на пятый этаж поднимемся за стаканчиком этой «живительной влаги».

Помню, был такой случай: выпила я свою «дозу» и спускаюсь по лестнице, а мне навстречу пешком на пятый этаж поднимается один из наших пациентов, которому только что удалили почку. Поднимается, и довольно бодренько так поднимается, из бока у него торчит какая-то трубка с шланжиком, из которого капает какая-то жидкость в стеклянную баночку, которую он несет в руке. Да уж, вот так и живем.

Здание с решетками на окнах

Здание нашей наркологии находится среди жилых домов, почти в самом центре города. До него можно добраться из любого конца города на автобусе. Другая беда, что ходят автобусы с опозданием, и соответственно они переполнены. А сейчас еще жара доходит до плюс сорока градусов, лето, опять же пандемия не кончилась и ношение масок в общественных местах. Здание, в котором находится наркодиспансер, – это унылая пятиэтажка с заделанными решетками окнами с первого по третий этажи. В здании два подъезда. В первом подъезде расположен вход в наркологию, а во втором – детское психоневрологическое отделение.

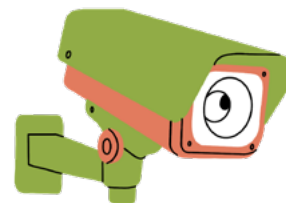


А сейчас небольшая экскурсия по нашему первому подъезду. Первый этаж занимает областной СПИД-центр, где я и еще пятеро пациентов нашего сайта работают аутрич-работниками. Но, к сожалению, не всем ребятам так повезло с работой. Иногда приходится консультировать людей, ищущих СПИД-центр, сопровождать и оказывать людям психосоциальную поддержку. Далее, на втором этаже, находится детский

психоневрологический стационар. На третьем этаже – стационар для зависимых от алкоголя. На четвертом – администрация и регистратура областной наркологии. И, наконец, на пятом этаже находится поликлиника и кабинет выдачи метадона, а также стационар для людей с наркозависимостью.

Приходя в наркодиспансер, я ежедневно поднимаюсь на пятый этаж, направо по коридору, вторая дверь слева – кабинет выдачи метадона. В комнатке два на два метра окно с металлической решеткой. Решеткой же отгорожена другая часть комнаты, где находится медсестра. Через эту решётку

нам и выдают метадон. В этом помещении для пациентов есть камера видеонаблюдения, а монитор находится в той части, где сидит медсестра. В комнате медсестры стоят сейф, холодильник с водой, два стола. На одном из столов лежат наши карточки с фамилиями и назначениями.



Другой стол – это тот, на котором нам наливают метадон. На нем стоит бутылка с сиропом метадона и фарфоровая пиала, в которую наливают сироп. Из этой пиалы уже выбирают десятикубовым шприцем и разливают по пластиковым стаканчикам нашу дозировку, доливают туда обычной воды из бутылки и затем выдают нам. Мы выпиваем свою дозировку и дополнительно запиваем водой. Здесь же, на окне, стоит бутылка с водой и есть еще пластмассовые трубочки для коктейлей. Такая альтернатива: хочешь через трубочку, а хочешь пей залпом. Также в нашей половине комнаты висят объявления и график выдачи. Кстати, о графике: метадон выдают с понедельника по пятницу с 7:30 до 9:30 утра. Перерыв с 8:00 до 8:30, он нужен, чтобы медсестра могла заполнить карточки пациентов и сходить в туалет.

В выходные и в праздничные дни выдача метадона происходит с 8:00 до 10:00. Иногда, если медсестра опаздывает или открывает ровно в 7:30, начинается возмущение пациентов по этому поводу. Ребята кричат медсестре: «Вы опоздали, мы же тоже опаздываем на работу, нам и так трудно куда-то устроиться». Но обычно сайт открывается в 7:20. Такой график работы – это еще одна проблема, хотя и не самая важная. Когда-то, еще в первые месяцы работы сайта, сюда можно было прийти в любое удобное время с утра и до

вечера. Потом, одно время, сайт работал с 7:30 до 8:30 и дополнительно с 14:00 до 15:30. Сейчас он работает только утром. Я думаю, это связано с финансированием. Медсестрам в кабинете выдачи препарата тогда оплачивали полный рабочий день, и если бы сейчас это продолжалось, нам было бы легче... А лучше всего, конечно, если бы нам начали выдавать препарат на руки на неделю...

Продолжение истории читайте на сайте ЕАСВ
Ирина Селина, Казахстан



Будни ЗТ, или амортизация зависимости

Name: **КЕСТУТИС,**
Country: **ЛИТВА**

Мои будни сейчас наполнены счастьем – после трехлетнего перерыва я получил льготу и теперь беру препарат раз в неделю. Это офигено и дает возможность взгляда со стороны, с перспективы, так сказать. Поэтому поездка в клинику в понедельник – важное событие недели, как праздник, а не ежедневная бытовуха с неприятным оттенком или привкусом. Этот негатив обычно создается из-за того, что, когда за микстурой ездить каждый день должен, это сильно утомляет. Создаются разные нюансы, от которых и горечь в душе, и мир имеет серые оттенки в глазах. Ведь ты должен в любую погоду двигать туда – или пешком («кормушка» не в центре), или на общественном транспорте с проездным талоном или без, но все равно должен ехать, – ведь не кумариться же.

Большинство людей терпит. Ведь терпеть легче – привыкшие же к этому.

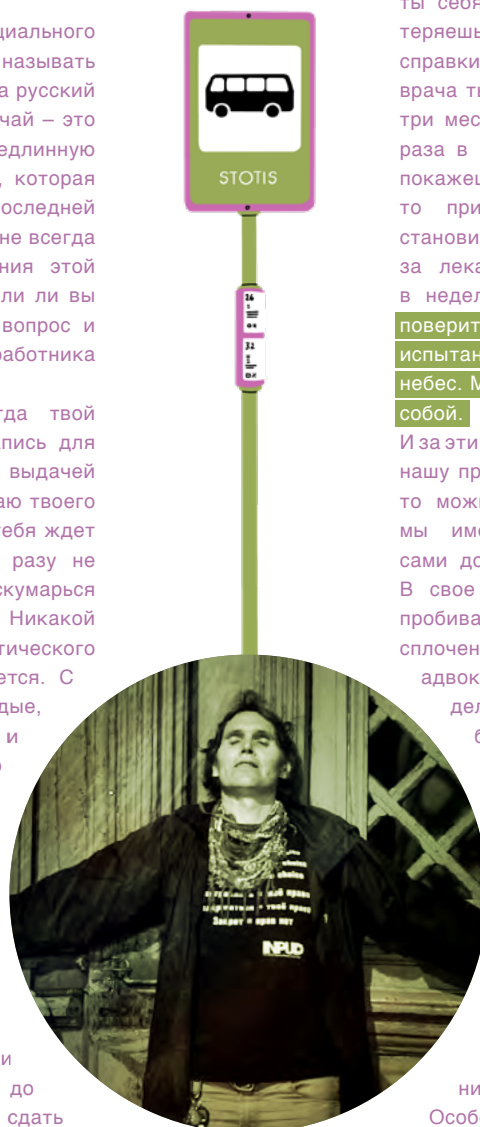
Получить льготу, чтобы получать ЗТ раз в неделю, – для этого требуется выдержка и настрой. Это непростой вызов при твоих расшатанных чувствах, внутренних конфликтах, антисоциальных фобиях и других видах несимпатичных внутренних состояний. Пациент ЗТ, во-первых, должен иметь социальную страховку, а чтобы ее получить, надо или работать, или быть в регистре биржи труда, или иметь группу по инвалидности, ну, или ежемесячно платить сорок евро за свою социальную страховку государству. Парадокс в том, что если страховая компания не получает за тебя ежемесячно эти деньги, ты не можешь получить никаких медицинских услуг, но долг по сорок евро в месяц тебе все равно капает. Прикольная социальная

справедливость – обязательное социальное страхование называется.

Следующий шаг – ты для своего социального работника, или как сейчас их модно называть – кейс-менеджера, что в переводе на русский означает «консультант случая» (случай – это ты), должен заполнить длинную-предлинную анкету из более чем ста вопросов, которая исчерпывает твою личность до последней грани. Не все вопросы приятные, и не всегда хватает приватности при заполнения этой анкеты. Как вам такой вопрос: имели ли вы опыт сексуального насилия? Этот вопрос и ответ слышат еще три социальных работника и один пациент.

И еще, по любому поводу, когда твой консультант хочет видеть тебя, запись для посещения делают всегда перед выдачей лекарства. На этой встрече по случаю твоего сильного желания получить льготу тебя ждет много вопросов. Но почему-то ни разу не было, чтобы мне сказали: «Иди раскумарься сначала и потом уже приходи». Никакой эмпатии и понимания терпевтического состояния случая ими не проявляется. С другой стороны, работники молодые, некоторые настроены позитивно и учатся на практике. Бывает, что прислушиваются к тебе, поэтому со временем, есть надежда, что смогут проявлять больше человечности и принятия.

Потом ты должен привезти направление на ЗТ от семейного врача. Затем поехать в туберкулезный диспансер – после рентгена врач должен выдать тебе заключение об отсутствии у тебя туберкулеза. А еще с 7 до 9 утра в четные дни ты должен сдать кровь на ВИЧ и гепатиты. Потом по первому требованию без возможности отказа сдать анализ мочи на расширенные тесты: это 8 психоактивных веществ, и все они должны быть отрицательными. И только потом, если врач согласен, ты получаешь свой первый знак доверия. Три месяца тебе позволяют за лекарством приезжать через день. Иногда ты уже думаешь, что легче было бы чечетку выучить и отплясывать. Но это не прописано в протоколе.



Если все три месяца все «пучком» с тестами, ты себя вежливо ведешь с персоналом, не теряешь страховку, привозишь нужные справки и направления, тогда с позволением врача ты можешь перейти на новый уровень: три месяца за микстурой можно ездить два раза в неделю. Ну и если за это время ты покажешь себя как образцовый пациент, то приходит время, когда понедельник становится праздником – то есть ездить за лекарством тебе разрешают один раз в неделю. Будем честны, мне еще трудно поверить, что я прошел все уровни этих испытаний. Сейчас моя самооценка выше небес. Могу сказать даже больше – я горжусь собой.

И за эти три года я не в обиде. Если сравнивать нашу программу с другими в разных странах, то можно сказать, что нам повезло. Все мы имеем такую программу ЗТ, какую сами добивались. И даже все эти правила. В свое время нужно было шаг за шагом пробивать позитивные изменения, проявляя сплоченность и занимаясь пациентской адвокацией. И сейчас важно продолжать делать то же самое, чтобы программа ЗТ была для нас удобна и помогала, а не усложняла нашу ЛУНовскую и так непростую житуху. Но поскольку Центр зависимости – это большой и неповоротливый корабль со своими правилами и спущенными с вершин различных министерств требованиями, иногда некоторые изменения получают такими кривыми и косыми.

Еще нам повезло с персоналом высшего звена, который, несмотря ни на что, часто прислушивается к нам. Особенно если запросы своевременно, ясно и дельно выражены и представлены. Как показала практика, к сожалению, далеко не все пациенты, получающие ЗТ, могут выдержать вызовы системы, такие как наличие социальной страховки, получение разных и зачастую формальных справок и направлений, силу духа для ответов на сотню неприятных вопросов. А также перестать употреблять дополнительно уличные наркотики или разные варианты подпорок: от пива до димедрола с клоназепамом.

Но поскольку метадон имеет такое важное свойство, как амортизация всех употреблений, они не такие частые. Человек в отчаянии не будет совершать преступлений, чтоб поправиться, и вообще не готов так просто отказаться от стабильности. Радует, что ответственные за качество программы ЗТ, понимают это, и для таких пассажиров, как я, то есть пациентов, сделали выдачу из мобильной клиники. Микроавтобус с терапией стоит в отдаленных от жилых районов местах, и препарат там выдается три часа в день.

Да, нас не выбрасывают из программы с высокой дозой на улицу, что значило бы верную гибель души и тела. Однако смешно выглядит сейчас ситуация, когда, то ли из-за отсутствия финансирования, то ли из-за карантина, мобильная клиника не работает и все пациенты ЗТ ходят в один кабинет. Он работает с 7 утра и до 18 часов вечера, и там оформляются все льготы, проводятся тесты и анкетирование. В другом кабинете, который по роду деятельности называется мобильным, и который находится в самой гуще социальной работы, время выдачи всего три часа, с 9 до 12 часов утра. Если ты туда подошел на пару минут позже, то все, «пролет». Наверное, так делается, чтобы «нестабильные» пациенты не привыкли к хорошему и человеческому отношению.

Порадовало то, что при последнем разговоре с главным врачом я почувствовал, что нас понимают. Мы говорили о том, что имеет резон в заместительную программу включить и другие препараты, такие как, например, диацетилморфин (фармацевтический героин) или бупренорфин долгого периода действия. В Скандинавии уже такой есть: раз в три месяца принял его и живи спокойно, никаких тебе «красных кхмеров», ничего другого в том же роде, а только в роли антидепрессантов разного рода и калибра «травушка-муравушка» или препараты с CBD. Пока это звучит как мечта поэта, но, как говорится, человек должен иметь мечту и во что-то верить, иначе смерть. Чего вам и желаю.

пациент ЗТ со стажем,
потерявший рамки времени
Кестутис, Литва

CHECK
IT OUT!

enpud.net*
harmreductioneurasia.org