

Утвержден приказом  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010 года № \_\_\_\_\_

**Отчет  
пилотного проекта  
программы заместительной терапии  
в Республике Казахстан за  
2008-2009 годы**

## Паспорт отчета

**Название организации подготовившей отчет:** РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании»

**Адрес:** Республика Казахстан, г. Павлодар, 140001, ул. Кутузова, 200

**Телефон:** +7 7182 60 50 91

**Факс:** +7 7182 60 50 53

**Электронная почта:** aks\_nur@mail.ru;

**Авторы отчета:** Ережепов Нурлан Бурханович – к.м.н., директор РГКП РНПЦ МСПН  
Каражанова Анар Серикказыевна – к.м.н., руководитель отдела клинической наркологии РГКП РНПЦ МСПН

## Содержание

1. Введение
2. Основные сведения о заместительной терапии и метадоне
  - 2.1. Общие сведения
  - 2.2. Метадон
    - 2.2.1. Физико-химические характеристики
    - 2.2.2. Хранение
    - 2.2.3. Учёт
    - 2.2.6. Формы применения
    - 2.2.7. Дозирование
    - 2.2.8. Расход метадона
3. Нормативная правовая база заместительной терапии в Республике Казахстан
4. Организационные аспекты программ заместительной поддерживающей терапии в Республике Казахстан
  - 4.1. Цели и задачи
  - 4.2. Выполненные мероприятия
  - 4.3. Персонал
  - 4.4. Время работы
  - 4.5. Порядок и условия проведения ОЗТ
  - 4.6. Технология проведения ОЗТ
  - 4.7. Социально-психологический компонент программы ОЗТ
  - 4.8. Дополнительные услуги
  - 4.9. Финансовая характеристика проекта (2008-2009 годы)
    - 4.9.1 Основные статьи расходов
    - 4.9.2 Общая сумма расходов
    - 4.9.3 Возможная экономия по статьям при открытии новых сайтов
5. Основные результаты реализации программ ОЗТ и оценка эффективности
  - 5.1 Основные исследуемые параметры, которые оценивались в ходе исследования
  - 5.2 Описание дизайна проводимого исследования, его процедур и этапов
  - 5.3 Методы сбора и анализа информации
  - 5.4 Общие показатели программ ОЗТ
    - 5.4.1 Общие данные по пилотному проекту ОЗТ
    - 5.4.2 Клиническая характеристика
      - 5.4.2.1 Подбор первичной/начальной дозы метадона.
      - 5.4.2.2 Подбор поддерживающей дозы метадона
      - 5.4.2.3 Показатели клинико-лабораторных исследований
      - 5.4.2.4 Соматические осложнения, купирование.
      - 5.4.2.5 Приверженность к АРВ-терапии
      - 5.4.2.6 Контроль трезвости. Инъекционное употребление ПАВ
    - 5.4.3 Психосоциальная характеристика
      - 5.4.3.1 Клинико-психологическая характеристика участников проекта ОЗТ
      - 5.4.3.2 Социальная динамика пациентов.
- Выводы
- Предложения и рекомендации

## Библиография

### Использованные сокращения

ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
УООННП	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЮНЕЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ПРООН	Программа развития ООН
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
ОЦПЛ ЗЗ	Областной центр по профилактике и лечению зависимых заболеваний (областной наркологический диспансер) (г. Павлодар)
НД	Наркологический диспансер (г. Темиртау, Карагандинская область)
Темиртау	
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита

## 1. Введение

Широкое использование веществ, изменяющих психическое состояние, в современном мире является достаточно актуальной проблемой (Керфут Б.П. и соавт., 2000; Лит Ю. и соавт., 2000; Лоскен А. и соавт., 2000; Хёрш Д. и соавт., 2000; Stenbacka M. et al., 1993; Warner E.A., 1993). Уже в начале XX века прослеживалось осознание тяжести последствий наркотизации (Пелипас В.Е., Мирошниченко А.Д., 1992; Иванец и соавт., 1997; Козлов А.А., 2002), её влияния на общество (Gerstein D., Harwood H., 1990; Rice D.P. et al., 1991; Collins D.J., Lapsley H.M., 1996), а также взаимосвязь употребления психоактивных веществ с уголовными преступлениями (Ларин Н.С., 1983; Матузок Э.Г., 1993; Кошкина Е.А., 2001).

Современными исследователями отмечается многосторонность проблемы наркозависимости: экономическая, медицинская, социальная, правовая и воспитательная (Габиани А.А., 1987, 1990; Бабаян Э.А., 1988, 1990, 1991; Силласте Г.Г., 1993; Врублевский А.Г. и соавт., 1994, 1995; Пятницкая И.Н., 1994, 1995; Корчагина Г.А., Никифоров И.А., 1994; Боголюбова Т.А., 1995; Рохлина М.Л. и соавт., 2001; Gossop M., 1984; Grant V.F., 1995; Kendler K. et al., 1997). Но особую тревогу, вызывает то, что наркотики становятся всё более и более доступными молодежи.

По данным ВОЗ, с начала 80-х годов XX столетия масштабы проблемы распространения наркотической зависимости в мире возросли, как минимум, в 3,5 раза, а в некоторых регионах зависимость от ПАВ приняла характер эпидемии (WHO, 1992). В частности, в 138 странах мира опиоидная зависимость и внутривенное использование наркотиков является одной из острейших медико-социальных проблем. Оценено, что 13,5 миллиона человек употребляют опиоиды, включая 9,2 миллиона человек, употребляющих героин. Это составляет 0,2% всемирного полного населения. Глобальная эпидемия использования героина продолжает распространяться, главным образом, в развивающихся странах с высоким уровнем наркотической зависимости и социальными проблемами.

За годы независимости в Республике Казахстан произошел устойчивый рост потребления наркотических и психотропных веществ и значительное увеличение количества наркоманов. Если, например, в 1986 году в стране наиболее активным потреблением наркотиков были поражены всего 3-4 области с общим числом официально зарегистрированных потребителей около 10 000 человек, то в 2002 году в Казахстане число таких потребителей составило 49 736 человек (ВОЗ, Информационный бюллетень о наркоситуации в Центрально-Азиатском регионе, 2003). По данным многоуровневого исследования 2001 года в Казахстане 1,7% населения имеет устойчивую зависимость от наркотических веществ, 3,1% – от алкоголя (Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002). По данным других исследований (БОС) численность потребителей инъекционных наркотиков в Казахстане за 2008 год составляет 130 000 человек, в то время как по данным официальной статистики на учёте в наркологических диспансерах РК состоит 37 549 ПИН, что составило 29% от БОС.

Одним из последствий проблемы наркопотребления является распространение инфекций, передающихся парентеральным путем, в том числе распространение ВИЧ-инфекции. В Казахстане о первом случае ВИЧ инфекции сообщили в 1987 году. Согласно статистике, основанной на системе поименной регистрации случаев, на 1 января 2009 г. кумулятивное число зарегистрированных ВИЧ инфицированных лиц составляло 11 709 человек. Первый подъем в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции произошел в 1997 году в городе Темиртау Карагандинской области, где в течение одного года было выявлено 354 новых случая ВИЧ-инфекции среди ПИН. Второй подъем пришелся на 2001 год и был обусловлен ростом регистрации ВИЧ-инфекции в Павлодарской, Южно-Казахстанской, Карагандинской и Западно-Казахстанской областях. При этом на долю потребителей инъекционных наркотиков пришлось 88% всех выявленных случаев ВИЧ-инфекции.

Доля полового пути заражения составляла всего 5% (по данным 2006 – 2007 годов). В настоящее время доля внутривенного пути передачи в этих регионах в среднем составляет 60%, что отражает профилактическую работу специализированных организаций.

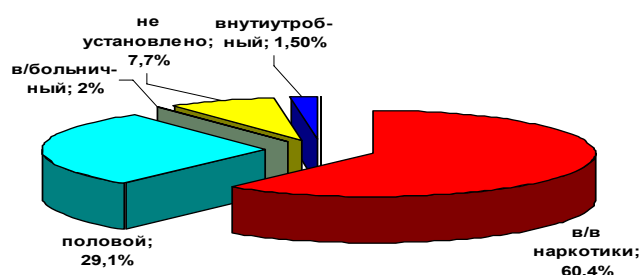


Рисунок 1. Распределение случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи за 2008 г. (n=2335)

По результатам Дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) распространенность ВИЧ-инфицированных лиц среди потребителей инъекционных наркотиков в Казахстане постоянно увеличивается. Так, в 2005 году их количество составляло 3,4%, в 2006 г. – 3,4%, в 2007 г. – 3,9%, в 2008 г. – 4,3%. По данным официальной статистики 2008 года численность ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков в РК представлена 8 200 человеками. Оценочное же количество лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), составляло 14 200 человек.

По данным эпидемиологической ситуации прирост новых случаев ВИЧ-инфекции в 2008 г. в РК составил 18%, что обусловлено ухудшением эпидемиологической обстановки в следующих областях: в Костанайской увеличилось на 138%; в Алматинской – на 135%; в Западно-Казахстанской – на 130%; в Восточно-Казахстанской – на 167%; в Павлодарской – на 65%; в Жамбылской – на 50%; в Карагандинской – на 25%.

В настоящее время система наркологической помощи населению многих стран переживает изменения. Данная ситуация связана с масштабом и темпом распространения наркотической зависимости, угрозой распространения сопутствующих инфекционных заболеваний, и в первую очередь - ВИЧ/СПИДа, а также с низкой эффективностью традиционных подходов, применяемых в здравоохранении.

Основное внимание уделяется отходу от исключительно медикаментозной практики лечения алкоголизма и наркозависимости и расширению использования комплексной реабилитационной практики (Ревенко В.И. и соавт., 1999; Михайлова Л.А., 2000; Булыгина И.Е. и соавт., 2001; Букреева Н.Д., 2002). При этом используются как заимствованные, так и оригинальные комплексные программы медико-социальной реабилитации наркозависимых лиц, эффективность которых не вызывает сомнений (Батищев В.В., 1998-2000; Батищев В.В., Негериш Н.В., 2000; Валентик Ю.В., 2001; Дудко Т.Н. и соавт., 2001; Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., 2001; Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002).

Практически непрерывно идёт процесс усовершенствования отдельных аспектов или блоков реабилитационного процесса (Батищев В.В., 2000; Дудко Т.Н., 2000; Тактаров В.Г., Новиков И.А., 2001; Валентик Ю.В., 2002; Валентик Ю.В. и соавт., 2002).

Вместе с тем, как показывают объективные исследования, попытки охватить большое количество больных опиоидной зависимостью реабилитационными программами с целью добиться полной абстиненции, малоэффективны: их результат - не более 8-10% ремиссий в течение года. На фоне рецидива, возникающего почти в 90% случаев, повышается вероятность передозировки и/или рискованного поведения

(протокол исследования UNODC, 2008).

В целом, лечение наркотической зависимости способствует существенному улучшению благополучия и социального функционирования людей с опиоидной зависимостью и предупреждению серьезных медицинских и социальных последствий, включая инфицирование ВИЧ. В совместном заявлении Всемирной Организации Здравоохранения, Управления ООН по наркотикам и преступности, Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (2004) отмечается, что не существует единственного метода лечения, эффективного для всех индивидов с опиоидной зависимостью, и что для таких лиц должен быть доступен достаточно широкий арсенал разнообразных методов.

Согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения (1998): «Заместительная терапия при условии медицинского контроля должна быть доступна для употребляющих опиоиды как средство замещения легальным наркотиком, принимаемым внутрь, нелегального наркотика, обычно вводимого путем инъекций. Такая терапия должна быть одной из составляющих служб оказания всесторонней медицинской и социальной помощи».

Заместительная поддерживающая терапия была признана одним из эффективных методов лечения опиоидной зависимости. По мнению экспертов, с помощью этого метода можно снизить высокие издержки, связанные с опиоидной зависимостью, для самих индивидов, их семей и для общества в целом – главным образом, благодаря сокращению употребления героина, уменьшению количества связанных с ним смертельных исходов, сокращению числа случаев поведения, сопряженных с риском инфицирования ВИЧ, а так же снижению преступного поведения (ВОЗ, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УООННП), Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2004).

## **2. Применение метадона в наркологической практике и программах снижения вреда**

### **2.1. Общие сведения**

Метадон или метадона гидрохлорид является синтетическим, длительно действующим агонистом опиатов, наиболее распространенным и эффективным фармакологическим средством лечения опиатной зависимости. Он применяется для первичной терапии при одном из двух клинических показаний: короткая детоксикация и длительная поддержка пациентов с опиатной зависимостью, поскольку: обладает перекрестной толерантностью относительно всех опиатов и может успешно их заменять; может приниматься внутрь, что позволяет потребителям наркотиков обходиться без инъекций; обладает длительным воздействием и, следовательно, вполне может приниматься раз в день – в отличие от прочих наркотических средств, вроде героина, которые обычно принимаются гораздо чаще.

Данные «важные, отличающиеся эффекты метадона», которые описал Крик (1987), позволяют добиваться:

- предотвращения развития синдрома отмены опиоидов на 24 часа или больше (это включает, как ранние субъективные симптомы отмены, так и объективные проявления типичной абстиненции);
- уменьшения или полного прекращения наркотического голода или влечения к наркотикам, которое обычно испытывают лица, зависимые от опиоидов, что часто связано с очень ранним проявлением субъективной абстиненции или влиянием окружающей среды или тем и другим вместе.
- блокада эйфорических эффектов любых принятых самостоятельно незаконных наркотиков (это определяется как эффект адекватной или «блокирующей» дозы метадона, которая предотвращает желаемые ощущения при введении уличного героина в обычной уличной дозе).

Терапия зависимости от опиатов не начинается и не заканчивается назначением метадона. До 1986 года единственной задачей терапии с помощью метадона являлось достижение устойчивого воздержания (абстиненции). Ключевым моментом эффективного лечения является построение разумного временного графика, а также разумное использование имеющихся в наличии служб для оказания клиенту помощи в период пока он ещё не оказался готов добиться устойчивого воздержания (устойчивой ремиссии). Поэтому одной из основных задач метадоновой терапии, является использование данного вида терапии в качестве стимула для сокращения употребления прочих наркотиков. Некоторые пациенты, сокращая потребление опиоидов, в частности героина, переходят на употребление других ПАВ (стимулянты ЦНС, бензодиазепины, алкоголь). Следовательно, важной задачей метадоновых программ является достижение устойчивого отказа от наркотиков наркопотребителя посредством постоянного мотивирования (мотивационных технологий). С помощью мотивационного собеседования (технология, предложенная Прохазкой и ДиКлименте, 1992) специалист пытается помочь наркозависимым лицам изменить характер своего поведения, связанного с употреблением наркотиков, и закрепить успехи в плане воздержания от наркотиков. Данная задача определяет важный социальный принцип метадоновых программ – снижение вреда от незаконного потребления наркотиков в обществе.

В то же самое время необходимо отметить, что метадон – это отнюдь не безвредное средство. Его необоснованное назначение может привести к таким пагубным последствиям, как: смертельная передозировка, увеличение потребления наркотиков клиентом, поступление метадона на чёрный рынок, деморализация представителей наркологических служб при неудачах в работе с клиентами, понижение престижа наркологической службы, как у потребителей опиатов, так и у представителей схожих организаций, понижение мотивированности клиента и его способности достигнуть устойчивой ремиссии, возникновение зависимости от опиатов (цит. по Andrew Preston) (Россинский Ю.А., 2006).

Таким образом, при правильной и адекватной реализации данного вида терапии наркозависимых лиц ОЗТ является вполне эффективной, что подтверждается широким использованием её во многих странах. Так, по данным Э. Субата (2001) в программах поддерживающей терапии метадоном участвовали в Испании 208 человек на 100 тыс. населения (1997); Ирландии - 145 на 100 тыс. населения (1997); Нидерландах - 118 на 100 тыс. населения (1997); Италии - 112 на 100 тыс. населения (1997); Великобритании - 96 на 100 тыс. населения (1997); Германии - 75 на 100 тыс. населения. (1997); Австралии - 58 на 100 тыс. населения (1997); Франции – 0,3 на 100 тыс. населения (1996). По данным R. Newman (2003) в США количество пациентов, принимающих метадон, составляет 180 тыс. человек.

В странах бывшего СССР заместительная поддерживающая терапия метадоном впервые была внедрена в Литве, Эстонии и Латвии (1996-1997 годы). По данным на январь 2005 г. программы заместительной терапии реализуются также в Азербайджане (2004) и Молдове (2004). С 2005 года заместительная поддерживающая терапия бупренорфином проводилась в 10 регионах Украины. К концу 2007 года во всех программах участвовало 530 клиентов. Из них 200 человек были включены в проект мониторинга и оценки эффективности. При этом исследователи констатируют эффективность заместительной терапии бупренорфином в контексте социальных условий в Украине в качестве защитного фактора в отношении распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. В Кыргызстане ОЗТ реализуется с 2002 года и на настоящий момент количество пациентов составляет 1678 человек, создано 17 пунктов по приёму, в том числе 1 пункт в пенитенциарной системе.

При этом необходимо напомнить, что снижение вреда – это мероприятия, цель которых помочь пациентам изменить поведение высокого риска без предъявления нереалистичных требований кардинального изменения образа жизни (Des Jarlais D.C.,



Friedman S., 1993; Marlatt G.A., 1998; Riley D., Sawka E., 1999). Снижение вреда – это подход, который признаёт право человека на собственную программу изменения образа жизни; придает особое значение постепенным последовательным изменениям поведения; признает, что у потребителей наркотиков существует мотивация для улучшения собственного здоровья и благополучия (Gostin L. 1990; Robertson R., 1998).

## **2.2. Метадон**

### 2.2.1. Фармакологические свойства и физиологическое воздействие метадона

Международное непатентованное название метадона гидрохлорида – 6-диметиламин-4,4-дифенил-3-гептагон гидрохлорид.

По своей химической структуре и свойствам метадон (6-диметиламино - 4,4 – дифенил – 3 - гептанон) является синтетическим производным опиата, относится к агонистам опиатов (агонист  $\mu$ -опиоидных рецепторов), т.е. к веществам, имеющим сходное с морфием и героином действие. Важной особенностью агонистов является их способность воздействовать на патогенетические механизмы формирования зависимости, что сопровождается эффективным купированием синдрома отмены опиатов, а также подавлением влечения (тяги, потребности в повторном приёме) к опиатам (опий, героин, морфин и др.) за счёт блокирования опиатных рецепторов мозга, в результате чего одновременное употребление нелегальных опиатных наркотиков не даёт ожидаемого (прежде всего, эйфорического) эффекта.

Метадон растворяется в липоидах, жироподобных веществах нашего организма, поэтому он легко попадает в кровь из желудочного тракта. Его расщепление происходит в печени, причем, проходя первый раз через печень, он подвергается довольно сложному метаболизму.

Метадон хорошо связывается альбумином и прочими протеинами плазмы, а, кроме того, легко кумулируется различными органами, не причиняя им вреда, а именно: лёгкими, печенью, почками, селезёнкой. Концентрация метадона в этих органах обычно выше, чем в крови. Между этими хранилищами метадона в организме и кровью происходит достаточно медленный обмен «товаром». Метадон активен, когда находится в крови и, следовательно, может попасть в головной мозг. Даже, если метадон уже находится в вышеозначенных «хранилищах», пациент/клиент почувствует его воздействие только тогда, когда вещество попадает в кровь.

Метаболиты метадона выносятся из организма через мочу и кал. Кроме того, до 10% неусвоенного метадона, принимавшегося перорально, также покидает организм при мочеиспускании и дефекации. Метадон можно также обнаружить в поте и слюне.

Довольно большие концентрации метадона находятся в желудочном соке. Во время беременности его содержание в плацентной крови составляет до 50% концентрации в крови матери.

Период полувыведения наркотика связан со временем, за которое его содержание в крови понижается до 50% его пиковой концентрации. Период полувыведения диаморфина (героина) равен примерно трем минутам. В случае с метадоном его период полувыведения зависит от того, первая ли это доза или часть общего длительного курса терапии.

При длительном использовании метадона происходит медленное повышение толерантности к нему и формирование зависимости. Эйфорический эффект препарата выражен незначительно и проявляется при высоких дозировках, существенно превышающих терапевтические дозы.

Со времени ранних рекомендаций Доула и Нисвандер (1966) о том, что поддерживающая доза метадона составляет 80-120 мг ежедневно, в практике дозирование метадона чаще определялось политикой и философией программы, чем рациональными данными и правильным клиническим решением. На практике есть много различных вариантов метадоновой поддерживающей терапии. Исследования,

проведённые Д. Аунно (цит. по J. Thomas Payte, Elizabeth T. Khuri), показали, что более чем 50% пациентов получают субоптимальные дозы метадона, что недостаточно для предотвращения потребления наркотиков. Эти формы дозирования ещё определяются как «низкодозовые» и «высокодозовые» программы.

J. Thomas Payte, Elizabeth T. Khuri утверждают, что субтерапевтические дозы наиболее типичны среди существующих метадоновых программ и, ссылаясь на ряд исследований, отмечают, что адекватные дозы метадона, индивидуально и клинически подобранные, коррелируют с уменьшением потребления нелегальных наркотиков и улучшают удержание пациентов в программе (цит. по J. Thomas Payte, Elizabeth T. Khuri).

Исследования Ким Вольфом и соавт. (1991) взаимосвязей между концентрацией метадона в плазме (оптимальным уровнем метадона в крови) и оптимальной терапевтической дозой показали, что средние уровни метадона в плазме крови в 400 нанограмм на миллилитр соответствует дозе в 80 мг, что может быть предложено как идеальный уровень терапевтической эффективности.

Таким образом, клинические научные данные устанавливают адекватные дозы обычно в диапазоне 80-120 мг (Россинский Ю.А., 2006).

### 2.2.2. Хранение

В Республике Казахстан в соответствии с приказом министра внутренних дел РК от 16.02.2001 года № 141 об утверждении инструкции «О порядке выдачи разрешения на использование объектов и помещений в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров», главой 4 «Требования по технической укрепленности, оснащению охраной, пожарной сигнализацией, предъявляемые к помещениям объектов третьей группы, используемых в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. Таблицы II, III, IV списка», пунктом 71 «Техническая укрепленность помещения для хранения» хранение метадона гидрохлорида осуществляется в специально оборудованных помещениях (имеют один вход, наружная стена капитальная, внутренние стены не связаны с бесхозными помещениями, либо помещениями, принадлежащими сторонним организациям, двери укреплены листовой сталью, а окна – стальными решетками), оснащенных автономной звуковой сигнализацией.

Внутренним приказом организации утверждены лица, имеющие допуск к помещению для хранения метадона гидрохлорида. По окончании работы помещение и сейф опечатываются. Ключ хранится у материально-ответственного лица, отвечающего за хранение, учёт наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

В рамках пилотных программ ОЗТ хранение раствора метадона гидрохлорида осуществляется в условиях, соответствующих установленным требованиям в г. Алматы на аптечном складе ТОО «L-фарма».

### 2.2.3. Учет

Метадон входит в Список II Закона РК «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту» от 10 июля 1998 года № 279, подлежащих национальному контролю, и находится на строгом предметно-количественном учёте органами Комитета по борьбе с наркобизнесом и контролем над оборотом наркотиков МВД РК.

Для обеспечения надлежащего хранения, учёта, отпуска и использования метадона приказами по ОЦПЛ 33 (Павлодарский областной наркологический диспансер) и ГНД г. Темиртау (городской наркологический диспансер г. Темиртау) назначены материально-ответственные лица за хранение, и отпуск метадона гидрохлорида.

Для осуществления предметно-количественного учёта и выдачи метадона заведены следующие журналы, заверенные подписью руководителя медицинского учреждения и печатью учреждения, а также заверенные подписью директора

Департамента Комитета фармацевтического контроля МЗ РК по Павлодарской области и, соответственно, по Карагандинской области в г. Темиртау, а также печатью данного учреждения в обеих областях:

– Журнал учёта наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров на складах и постах медицинских сестер в соответствии с приказом № 173 от 07.04.2005 г. «Правила использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в РК» – журнал выдачи со склада.

– Журнал учета наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров на складах и постах медицинских сестер в соответствии с приказом № 173 от 07.04.2005 года «Правила использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в РК» – журнал выдачи пациентам.

В рамках пилотного проекта также ведётся журнал получения пациентами метадона гидрохлорида.

#### 2.2.4. Формы применения

Существуют различные формы выпуска метадона – от раствора для приёма внутрь до раствора для инъекций.

В Павлодарском ОЦПЛ 33 и НД г. Темиртау метадона гидрохлорид применяется в виде 1% сиропа, предназначенного для приёма внутрь, производства «Rusan Pharma Ltd» (Индия), импортируемого в виде концентрата во флаконах 150 мл.

Принимается перорально (внутри через рот) один раз в сутки. После приёма метадон запивается обычной водой.

#### 2.2.5. Дозирование

В Наркологическом диспансере г. Темиртау и Областном центре по профилактике и лечению зависимых заболеваний г. Павлодара дозирование метадона производится с использованием механических дозаторов, различной ёмкости и конструкции, но и в том и в другом учреждении дозировка метадона соответствует следующей пропорции: в 1 мл раствора содержится 10 мг метадона гидрохлорида.

#### 2.2.6. Расход метадона

Для реализации пилотных программ ОЗТ в Казахстане была осуществлена закупка раствора метадона гидрохлорида в 2008 году. Фирмой-поставщиком является ТОО «L-фарма». Общее количество закупленного вещества составило 1841 грамм (подробнее в пункте 4.2. настоящего отчета). Расходы метадона представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 - Средний годовой расход метадона гидрохлорида

Регион	Расход препарата за год реализации проекта (мг)	Среднее количество препарата на 1 пациента в год (мг)	Средняя суточная доза на 1 пациента (мг)
Республика Казахстан	1128873	22169,7	65,28
г. Павлодар	530080	20387,69	59,97
г. Темиртау	598793	23951,72	70,6

Таблица 2 - Средний за 3 месяца расход метадона гидрохлорида в 2008-2009 гг.

Месяцы	г. Павлодар			г. Темиртау		
	Количество метадона (мг)	Среднее кол-во метадона в расчете на одного пациента (мг)	Средняя суточная доза метадона (мг)	Количество метадона (мг)	Среднее кол-во метадона в расчете на одного пациента (мг)	Средняя суточная доза метадона (мг)

Ноябрь 2008	16330	1176,2	36,7	11321	964	60,25
Декабрь 2008	27395	1243,1	40,1	36192	1651,2	53,2
Январь 2009	51220	1925,5	62,11	60244	2409,8	77,7
Февраль 2009	43395	1735,8	61,99	45836	1833,4	65,47
ВСЕГО за 3 месяца	122010	6080,6		142272	6858,4	
Март 2009	45360	1744,6	56,27	46264	1869,6	60,3
Апрель 2009	46625	1810,7	60,35	48241	1969,4	65,64
Май 2009	58100	2201,7	71,0	58743	2469,9	79,6
ВСЕГО за 3 месяца	150085	5757		153248	6308,9	
Июнь 2009	43645	1661,9	55,3	46545	1987,1	66,2
Июль 2009	52960	2213,6	71,4	67447	2697,9	87,02
Август 2009	46570	1791,2	57,78	49740	2186,2	70,52
ВСЕГО за 3 месяца	143175	5666,7		163732	6871,2	
Сентябрь 2009	56460	2222,9	74,09	60180	2616,5	87,2
Октябрь 2009	42020	1680,8	54,2	45809	2082,2	67,2
Ноябрь 2009	42605	1655,2	55,1	43965	1998,4	66,6
ВСЕГО за 3 месяца	141085	5558,9		149954	6697,1	

Анализ представленных в таблицах 1 и 2 данных свидетельствует о меньших дозах употребления метадона гидрохлорида участниками пилотного проекта города Павлодара (59,97 мг в сутки), по сравнению с г. Темиртау (70,6 мг в сутки). Вместе с тем необходимо отметить, что данные дозы соответствуют нижней границе рекомендуемых общемировых терапевтических дозировок (60-80 мг). Минимальный терапевтический расход метадона связан, по нашему мнению, с рядом причин. Во-первых - достаточно длительным периодом набора пациентов в проект. Метод заместительной терапии впервые внедрялся на территории РК, и это внесло свои особенности в работу клиницистов и, соответственно, на назначаемые дозы препарата. Часть пациентов уже получали среднетерапевтические дозы метадона, а другая часть находилась в этот же период времени в фазе подбора дозы. Во-вторых - это связано с чистотой ранее употребляемых нелегальных наркотиков на территории Павлодарской области и города Темиртау. Врач-нарколог при назначении тех или иных доз метадона основывался, прежде всего, на объективных данных осмотра пациента и субъективных ощущениях клиента. При удовлетворительном психическом и физическом состоянии доза метадона считалась адекватной и не требовала дополнительных назначений. Исходя из аксиомы, что каждый пациент имеет свою определенную толерантность к наркотикам, стало возможным предположение о незначительно высокой толерантности к нелегальным наркотикам, используемым до включения в проект (хотя со слов пациентов средняя доза составляла 1,0-3,0 граммов героина в сутки).

Таким образом, стало возможным сделать вывод о степени чистоты распространяемых нелегальных наркотических средств.

### **3. Нормативная правовая база заместительной терапии в Республике Казахстан**

В Казахстане впервые о заместительной терапии было упомянуто 26 сентября 2005 года на совещании под председательством министра здравоохранения РК, когда было принято решение о внедрении пилотного проекта.

В декабре 2005 года министром здравоохранения РК был подписан приказ № 609 «О внедрении заместительной терапии» от 08.12.2005 года, в соответствии с которым в течение 2006 года было предусмотрено внедрение пилотного проекта ОЗТ для 50 лиц с героиновой зависимостью, живущих с ВИЧ в городах Павлодар и Караганда. Приложением к приказу являлись «Критерии отбора контингента и показания для назначения метадонотерапии». Согласно данному приказу Комитет государственного санитарно-эпидемиологического контроля МЗ РК, а также РЦ СПИД являются ответственными органами за исполнение пилотного проекта, при финансовой поддержке средств Глобального Фонда. Контроль осуществляет КБН МВД РК.

13 марта 2006 года Министерством здравоохранения РК утверждены методические рекомендации «Применение метадона в наркологической практике и программах снижения вреда от незаконного потребления наркотиков».

В национальной «Программе по противодействию эпидемии СПИД в Республике Казахстан на 2006-2010 годы» (Постановление Правительства РК от 15 декабря 2006 года № 1216) в пункте 5.3. «Реализация стратегии снижения вреда введения наркотиков» также указано внедрение пилотного проекта по заместительной терапии.

В дальнейшем, только в 2008 году были предприняты дополнительные практические шаги для обеспечения ввоза метадона в страну. Согласно Постановлению Правительства «О нормах потребности РК в наркотических средствах, психотропных веществах и в прекурсорах на 2008 год» от 17 октября 2007 г. № 960 был разрешен ввоз 1841 грамма метадона гидрохлорида для начала реализации двух пилотных проектов в городах Павлодар и Темиртау (по 25 человек в каждом). Пилотные проекты выполняются на базе КГКП «Наркологический диспансер» (г. Темиртау Карагандинская область) и «Областной центр по профилактике и лечению зависимых заболеваний» (г. Павлодар).

В связи с тем, что препарат метадона гидрохлорид не зарегистрирован в стране как лекарственное средство, ввоз в Казахстан осуществлялся на основании специального разрешения Комитета фармацевтического контроля МЗ РК по представлению обоснования (ст. 28 п. 3 п.п. 3 Закона РК «О лекарственных средствах» – для лечения редких и/или особо тяжёлых заболеваний, в рамках реализации проекта заместительной терапии для ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, в соответствии с Соглашением о Гранте Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией и ГУ РЦ СПИД) для соблюдения национальных Правил по определению норм потребностей и государственной квоте на наркотические средства в РК.

При осуществлении пилотных проектов ОЗТ осуществлялась ссылка на следующие международные и республиканские законодательные акты:

– Конвенция «О наркотических средствах» 1961 года, с изменениями от 25 марта 1972 года. Единая Конвенция, в соответствии с 4 статьей «Общие обязательства», обязывает стороны принимать такие законодательные и административные меры, которые могут быть необходимы, для того, чтобы «...ввести в действие... в пределах их собственных территорий...» и «...ограничить исключительно медицинскими и научными целями производство, изготовление, вывоз, ввоз, распределение наркотических средств, торговлю ими и их применение и хранение» при соблюдении всех правил Конвенции. Подписано Казахстаном в рамках Закона РК от 1 июля 1998 года № 257-1.

– К Конвенции о психотропных веществах 1971 года РК присоединилась 29.06.1998 года в соответствии с Законом РК № 249-1. В данном законодательном акте поддерживается распространение международной системы контроля над новыми типами психотропных веществ, стимуляторами ЦНС (амфетамины), седативными, снотворными, галлюциногенами (ЛСД, мескалин и др.). Было внесено дополнение в списки по инициативе стран (сторон). Была еще раз обозначена уголовная ответственность за умышленные нарушения законодательства.

– В соответствии с Законом РК № 246-1 29 июня 1998 года была подписана Конвенция ООН 1988 года «О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ». В данном документе оговаривались меры «О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, а также прекурсоров – веществ, используемых при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ, в отношении которых приняты те же разрешительные меры».

– Закон РК «О системе здравоохранения РК» от 04.06.2003 года,

утративший силу после подписания Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV Закон РК.

– Закон РК «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту» от 10 июля 1998 года № 279.

– Указ Президента РК «Об утверждении Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в РК на 2006-2014 годы» от 29.11.2005 года № 1678.

– Постановление Правительства РК «Об утверждении Правил осуществления государственного контроля над оборотом наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров в РК» от 10 ноября 2000 года № 1693.

– Постановление Правительства РК «Об образовании Межведомственной комиссии по вопросам координации работы по профилактике и противодействию наркомании и наркобизнесу» от 25 декабря 2003 года № 1316.

– Приказ МЗ РК «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров, подлежащих контролю в РК» от 7 апреля 2005 года № 173.

– Приказ МЗ РК «Об утверждении расчетных нормативов потребности наркотических лекарственных средств для амбулаторных и стационарных больных» от 24 апреля 2000 года № 234.

– Приказ Министра Внутренних дел РК «Об утверждении Инструкции «О порядке выдачи разрешения на использование объектов и помещений в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров» от 16.02.2001 года № 141.

– Приказ МЗ РК «О внедрении заместительной терапии» от 08.12.2005 года № 609.

– Постановление Правительства РК «Об утверждении Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в РК на 2006-2010 г.г.» (п. 3.13) от 15.12.2006 г. № 1216.

– Постановление Правительства РК «О нормах потребности РК в наркотических средствах, психотропных веществах и в прекурсорах на 2008 год» от 17.10.2007 г. № 960.

– Методические рекомендации, утвержденные МЗ РК 13.03.2006 г. «Применение метадона в наркологической практике и программах снижения вреда от незаконного потребления наркотиков».

#### **4. Организационные аспекты программ заместительной поддерживающей терапии в Республике Казахстан**

##### **4.1. Цели и задачи**

Основной целью пилотного проекта ОЗТ являлась оценка эффективности опиоидной заместительной терапии, лиц страдающих опийной наркоманией для обоснования целесообразности применения метода заместительной терапии метадонем на территории Республики Казахстан.

В качестве дополнительных целей определены:

- а) противодействие эпидемии ВИЧ/СПИД в РК, за счет профилактики инфицирования среди наиболее уязвимой группы - ПИН (потребители инъекционных наркотиков);
- б) увеличение приверженности к АРВ-терапии лиц, находящихся на АРТ-терапии;
- в) повышение качества жизни и социального функционирования пациентов ОЗТ.

В задачи пилотных проектов входили:

- 1) исследование общих закономерностей динамики основных клинических проявлений у пациентов ОЗТ;
- 2) исследование динамики основных психологических проявлений у пациентов ОЗТ;
- 3) исследование динамики основных социальных проявлений у пациентов ОЗТ.

#### 4.2. Выполненные мероприятия

В рамках реализации пилотных программ ОЗТ были выполнены условно разделенные на четыре блока следующие мероприятия:

- А. Общие мероприятия по подготовке к реализации проекта ОЗТ;
- Б. Мероприятия по подготовке в пунктах выдачи метадона;
- В. Мероприятия, выполненные в ходе реализации проекта;
- Г. Мероприятия по подготовке к продолжению реализации проекта.

##### А. Общие мероприятия по подготовке реализации проекта ОЗТ:

- 1) 28.01.2008 года был подписан договор комиссии № 08-21 между РЦ СПИД и ТОО «L-Фарма» на поставку метадона.
- 2) 24.03.2008 года в рамках исполнения вышеуказанного договора. ТОО «L-Фарма» получила приложение КБН к Государственной лицензии на деятельность, связанную с оборотом наркотических средств.
- 3) 17.04.2008 г. ТОО «L-Фарма» было получено разрешение на ввоз метадона в количестве 1841 гр.
- 4) в августе 2008 года Международное бюро по контролю за наркотиками (INCB) разместило на своем сайте список наркотических средств, разрешенных на ввоз в Казахстан, включая метадон.
- 5) в сентябре-октябре месяцах 2008 года осуществлялась закупка и поставка метадона в РК.
- 6) 08.10.2008 г. подписаны договора с ГККП «Наркологический диспансер г. Темиртау» и с ГККП «Областной центр профилактики и лечения зависимых заболеваний» г. Павлодар и РЦ СПИД. По данному договору внедрение пилотного проекта проводится через пункты ОЗТ, расположенных на базе учреждений наркологических служб регионов.
- 7) перед началом проведения ОЗТ был проведен отбор пациентов в соответствии с критериями (приказ МЗ № 609 от 08.12.2005 г.), получено информированное согласие на участие в проекте.
- 8) с 29 октября 2008 года в г. Павлодаре и с 10 ноября 2008 г. в г. Темиртау началась реализация проекта ОЗТ.
- 9) РЦ СПИД напрямую работает с НД (г. Темиртау и г. Павлодар) в отношении заявок от пилотных сайтов, договоров и прочего.

##### Б. Мероприятия по подготовке в пунктах выдачи метадона.

1. Областными департаментами здравоохранения Павлодарской и Карагандинской областей были изданы приказы о внедрении ОЗТ (приказ по г. Павлодару от 29.10.06 № 426, по г. Темиртау от 30.10.2008 года № 578).

2. Наркологическими диспансерами городов Павлодар и Темиртау были получены государственные лицензии департаментов внутренних дел на помещение для обеспечения надлежащего хранения, учета, отпуска и использования метадона.

3. Наркологическими диспансерами г. Павлодара и Темиртау были также получены государственные лицензии департаментов здравоохранения на виды деятельности, связанные с оборотом наркотических веществ, психотропных средств и

прекурсоров.

4. В сентябре-октябре 2008 года были проведены ремонтно-технические работы и организованы кабинеты выдачи метадона (в кабинетах выдачи метадона окна зарешечены металлическими решетками, установлены железные двери).

5. Закуплено оборудование, заложенное в бюджете проекта, в т.ч. сейфы, дозаторы, одноразовые пластиковые стаканчики, пластиковые трубочки, экспресс тест-полоски на определение метаболитов ПАВ в моче, компьютер, напольные весы и др.

6. Произведено укомплектование штата сотрудников, предусмотренных штатным расписанием и обучение их на различных семинарах (Вильнюсский центр терапии зависимостей 2002, Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркоманий 2005, 2008 года – Бишкек, выезд международного эксперта по клиническим вопросам в города Павлодар и Темиртау с консультацией и обучением на местах).

7. Были отработаны следующие технологии:

- а) приема и выхода пациентов из программы ОЗТ;
- б) подбора начальных и поддерживающих дозировок метадона в амбулаторных условиях;
- в) проведения психокоррекционных мероприятий в амбулаторных условиях;
- г) детоксификации в зависимости от вариантов прекращения участия в программе ОЗТ;
- д) тестирования мочи пациентов на содержание нелегальных наркотиков;
- е) взаимодействия с родственниками пациентов;
- ж) разработки индивидуального плана лечения и оценки эффективности проводимой терапии;
- з) мотивирования на участие в реабилитационных программах, предусматривающих полный отказ от потребления наркотиков.

8. В подготовленные помещения была завезена субстанция метадона гидрохлорида в октябре 2008 года.

В. Мероприятия, выполненные в ходе реализации проекта.

1) проведено клиническое консультирование г-ном Дворяком (апрель 2008 г.), были даны рекомендации;

2) сотрудники пилотных сайтов участвовали в тренингах, конференциях, ознакомительных визитах в 2008-2009 гг. при финансовой поддержке Международных организаций (региональное совещание по ОЗТ, UNODC, г. Бишкек 2008 г., СААР – визит в г. Вильнюс: семинар для врачей наркологов пилотного проекта);

3) МЗ РК, РЦ СПИД в 2009 году при поддержке UNODC были проведены ряд рабочих совещаний и круглых столов по реализации пилотного проекта ОЗТ:

- г. Астана, 27 февраля 2009 года. Рабочее совещание по расширению доступности опиоидной заместительной терапии в Казахстане
- г. Астана, 22 июня 2009 года. Рабочее совещание по итогам внедрения пилотного проекта по опиоидной заместительной терапии МЗ РК
- г. Астана, 16 октября 2009 года. Рабочее совещание Межведомственной рабочей группы по опиоидной заместительной терапии под руководством вице-министра Т.А. Воценоквой



- г. Астана, 22 декабря 2009 года. Семинар «Эффективная наркологическая помощь: современные подходы»
- г. Астана, 22 декабря 2009 года. Совещание за круглым столом с участием членов Межведомственной рабочей группы по результатам внедрения пилотного проекта опиоидной заместительной терапии

4) В целях рассмотрения вопросов расширения ОЗТ в Казахстане была сформирована межведомственная рабочая группа по ОЗТ при МЗ РК приказом от 04.09.2009 года № 449 в составе 15 человек под руководством Вощенковой Т.А., секретарь Катренова А.Н. Подписан приказ МЗ РК «О внесении изменений в приказ МЗ РК от 04.09.2009 года № 449», на основании которого были дополнительно внесены в состав рабочей межведомственной группы три кандидатуры.

Г. С целью продолжения реализации проекта опиоидной заместительной терапии были реализованы следующие мероприятия.

1) В мае 2009 года – СКК одобрил заявку РЦ СПИД на девятый раунд гранта ГФСТМ (2011-2015), включая компонент по расширению ОЗТ на 7 пилотных регионов до 700 пациентов на ОЗТ.

2) С 18 по 23 мая 2009 года – был осуществлен мониторинговый визит в г. Павлодар по промежуточной оценке проекта по ОЗТ.

3) Так же в мае 2009 года был разработан проект Национального операционного плана для расширения ОЗТ совместно с UNODC; был подготовлен обзор материалов по ОЗТ с предварительным расчётом потребности в ОЗТ для Казахстана.

4) 16 июня 2009 года был подписан «Меморандум о взаимопонимании и сотрудничестве» между МЗ РК, РЦ СПИД, UNODS.

5) 22 июня 2009 года в г. Астане проведено рабочее совещание с участием вице-министра МЗ РК Вощенковой Т.А. по итогам реализации проекта в городах Павлодар и Темиртау, на котором было принято решение о необходимости расширения опиоидной заместительной терапии в Казахстане.

6) 24 июля 2009 года состоялось рабочее совещание группы реализации проекта ГФСТМ с представителями фирмы-производителя и поставщиком («Русан Фарма», ТОО «L-Фарма») по своевременной поставке метадона на территорию РК (не позднее 01.01.2010 г.) для осуществления непрерывного курса ОЗТ.

7) 29.07.09 было направлено письмо от 29.07.09. №11-768 в МЗ РК с просьбой обратиться в Правительство РК о рассмотрении возможности поручения МВД РК в срочном порядке внести изменение в Постановление Правительства РК от 01.10.2008 № 907 «О нормах потребности РК в наркотических средствах».

#### 4.3. Персонал

Основной персонал программ (врачи и медсестры) комплектовался из числа штатных сотрудников Павлодарского ОЦПЛ ЗЗ и НД г.Темиртау.

Основными позициями в программах ОЗТ являлись должности врача-нарколога, психотерапевта/психолога, социального работника, медицинских сестер. Функциональные обязанности были разработаны и утверждены руководителями наркологических диспансеров городов Павлодар и Темиртау.

Таблица №3 - Персонал программы ОЗТ

№ п/п	Персонал программ	г. Павлодар	г. Темиртау
		2008-2009 гг.	2008-2009 гг.
1.	Руководитель проекта	1,0 ст.	1,0 ст.
2.	Менеджер	1,0 ст.	1,0 ст.
3.	Врач психиатр-нарколог	1,0 ст.	1,0 ст.
4.	Психолог-психотерапевт	1,0 ст.	1,0 ст.
5.	Социальный работник	1,0 ст.	1,0 ст.
6.	Медицинская сестра	1,0 ст.	1,0 ст.
7.	Провизор/фармацевт	1,0 ст.	1,0 ст.
8.	Бухгалтер	1,0 ст.	1,0 ст.
9.	Технический работник	1,0 ст.	1,0 ст.
<b>10</b>	<b>ВСЕГО</b>	<b>9 ст.</b>	<b>9,0 ст.</b>

### **Руководитель проекта**

- организует и контролирует разработку основных положений, этапов пилотного проекта заместительной терапии метадоном;
- принимает и анализирует отчёты о выполнении проекта у менеджеров проекта и координирует их деятельность;
- представляет отчетные сведения о готовности и этапности успешного выполнения пилотного проекта заместительной терапии метадоном в Министерство здравоохранения РК и Группу реализации проекта Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией;
- на уровне областного акимата и областного департамента здравоохранения решает вопросы по содействию Центру по профилактике и лечению зависимых заболеваний в осуществлении пилотного проекта;
- разрабатывает и подготавливает материалы и мероприятия по информационному обеспечению проекта;
- представляет итоги выполнения и опыт работы пилотного проекта в Министерство здравоохранения РК, Группу реализации проекта Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией, а также на международных конференциях;
- разрабатывает и обеспечивает участников проекта разнообразными информационно-образовательными материалами в виде памяток, листовок, брошюр;
- осуществляет информационное обеспечение оценки проекта в научных и профессиональных изданиях РК.

### **Менеджер проекта:**

- подготавливает и оформляет необходимую документацию (оформление лицензий и т.п.) для успешного выполнения проекта;
- обеспечивает необходимые условия для технического выполнения проекта (подбор специалистов, работающих в проекте, выделение и оборудование необходимых помещений, оснащение их соответствующим оборудованием);
- координирует и контролирует работу основного персонала, занятого в проекте (врач психиатр-нарколог, социальный работник, медсестра кабинета заместительной терапии, фармацевт);
- организует периодическое проведение семинаров и тренингов для персонала, работающего в пилотном проекте;
- организует периодическое проведение семинаров по темам заместительной метадоновой терапии для врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов и других заинтересованных лиц, не занятых в пилотном проекте;

- организует периодическое проведение семинаров для сотрудников Центра, не занятых в проекте, с целью формирования толерантного отношения к участникам программы;
- принимает и анализирует отчеты о выполнении проекта у специалистов, занятых в пилотном проекте;
- периодически представляет отчет о выполнении проекта руководителю проекта;
- разрабатывает и подготавливает материалы и мероприятия по информационному обеспечению проекта в регионе/области;
- разрабатывает индикаторы эффективности выполнения проекта и осуществляет постоянный мониторинг эффективности выполнения проекта;
- проводит консультации по разработке и подготовке информационно-образовательных материалов (памятки, брошюры) для участников проекта;
- участвует в международных конференциях и представляет материалы по исследованию эффективности заместительной терапии в пилотных регионах РК.

### **Врач психиатр-нарколог**

#### Общие положения:

1. На должность врача психиатра-нарколога проекта заместительной терапии назначается опытный врач-психиатр наркологического диспансера, имеющий все необходимые квалификационные требования.
2. Врач психиатр-нарколог проекта подчиняется непосредственно менеджеру проекта.

#### Обязанности:

- 1) обслуживает под общим руководством менеджера проекта прикрепленных к нему участников проекта;
- 2) ведёт истории/персональные карты участников проекта, внося все полагающиеся данные, отмечая аккуратно все назначения (расчёт и изменение дозы метадона);

*Примечание: История болезни/индивидуальная карта на поступивших участников проекта заполняется не позднее 24 часов с момента их поступления в проект, до выдачи первой рассчитанной дозы метадона. При выбытии участников из проекта, врач психиатр–нарколог записывает эпикриз в историю болезни/персональной карте и за подписью менеджера проекта сдает историю болезни в медицинский архив больницы.*

- 3) проводит расчёт необходимой поддерживающей дозы метадона (в качестве заместительной терапии), необходимые диагностические исследования участников проекта, в том числе и врачебные манипуляции;
- 4) докладывает менеджеру проекта обо всех затруднениях в определении «заместительной» дозы, а также о произошедших переменах в состоянии участников программы;
- 5) проверяет правильность и своевременность выполнения средним медицинским персоналом его назначений и указаний по заместительной терапии метадонам участников проекта;
- 6) периодически участвует в психотерапевтических сессиях в качестве терапевта или ко-терапевта с участниками проекта;
- 7) врач-психиатр–нарколог должен повышать свою квалификацию, участвовать в семинарах, посвящённых теме заместительной терапии, систематически посещать общепольничные конференции, совещания;

- 8) контролирует своевременность лабораторного обследования участников проекта (исследование мочи на наличие метаболитов наркотических веществ);
- 9) участвует в проведении занятий по повышению квалификации и учебе среднего медицинского персонала, работающего в проекте по заместительной метадоновой терапии;
- 10) соблюдает морально-правовые нормы проекта и конфиденциальность об участниках проекта в процессе профессионального общения.

### **Врач-психотерапевт/ психолог**

Общие положения:

1. На должность назначается врач-психотерапевт/психолог, имеющий опыт работы в области наркологии, психотерапии, а также все необходимые квалификационные требования.
2. Врач-психотерапевт/психолог подчиняется непосредственно менеджеру проекта.

Обязанности:

- 1) обслуживает под общим руководством менеджера проекта прикрепленных к нему участников проекта: проводит индивидуальную, групповую, семейную психотерапию, социально-психологические тренинги;
- 2) периодически делает записи в картах участников проекта;
- 3) проводит психотерапевтические сессии с родственниками участников проекта;
- 4) дает необходимые консультации и справки, касающиеся терапевтического процесса, соблюдая анонимность/конфиденциальность информации об участниках проекта;
- 5) участвует в проведении занятий по повышению квалификации и учебе среднего медицинского персонала, работающего в проекте по заместительной метадоновой терапии;
- 6) врач-психотерапевт должен повышать свою квалификацию, участвовать в семинарах, посвященных теме заместительной терапии, систематически посещать общебольничные конференции, совещания;
- 7) докладывает менеджеру проекта обо всех затруднениях в терапевтическом процессе, а также о произошедших переменах в состоянии участников проекта;
- 8) соблюдает моральные правовые нормы проекта и конфиденциальность об участниках проекта в процессе профессионального общения.

### **Медицинская сестра кабинета заместительной терапии**

Общие положения:

1. На должность медицинской сестры кабинета заместительной терапии назначается опытная медицинская сестра, имеющая законченное среднее медицинское образование, стаж работы в стационаре и специальную подготовку, позволяющую работать в должности медицинской сестры наркологического отделения.
2. Медицинская сестра кабинета заместительной терапии подчиняется непосредственно врачу-психиатру-наркологу.

Обязанности:

- 1) соблюдение личной гигиены, санитарно-противоэпидемического режима работы, требований дезинфекции и стерилизации; соблюдение правил асептики и антисептики при проведении процедур;

- 2) забор крови из вены для обследования на ВИЧ участников проекта;
- 3) делопроизводство, ведение журналов: своевременная регистрация индивидуальных дозировок препарата в листе контроля и журнале расхода метадона;
- 4) получение, дозирование и выдача метадона в пункте выдачи метадона;
- 5) контроль над приёмом метадона пациентами в кабинете заместительной терапии;
- 6) отбор пациентов для проведения тест-контроля мочи на содержание метаболитов других наркотических средств сотрудниками клиничко-биохимической лаборатории наркологического диспансера
- 7) соблюдение моральных правовых норм профессионального общения, конфиденциальности об участниках проекта;
- 8) соблюдение трудового распорядка и трудовой дисциплины.

### **Социальный работник**

Общие положения:

1. На должность социального работника, работающего в проекте заместительной терапии, принимается специалист, имеющий законченное образование по специальности «Социальный работник» (или «Социальный педагог»).
2. Социальный работник подчиняется непосредственно врачу психиатру-наркологу и менеджеру проекта.

Обязанности:

- 1) периодическое участие в психотерапевтических группах с участниками проекта;
- 2) повышение квалификации, участие в семинарах, посвященных теме заместительной терапии, регулярное посещение общебольничных конференций, совещаний;
- 3) оказание помощи в решении социально-бытовых вопросов (регистрация на бирже труда, оформление пособия по безработице, оформление документов, удостоверяющих личность и т.п.);
- 4) периодическое посещение семей участников проекта или встречи с членами семей участников проекта, отслеживание семейно-социальной динамики участников проекта;
- 5) периодическое посещение мест работы участников проекта или встреча с его руководством, отслеживание социально-трудовой динамики участников проекта;
- 6) периодическое занесение наблюдения в историю болезни/персональную карту участников проекта;
- 7) периодическая организация встреч и заседаний участников проекта по вопросам взаимоподдержки и взаимопомощи.

### **Фармацевт**

Общие положения:

1. На должность фармацевта, работающего в проекте заместительной терапии, принимается специалист, имеющий законченное среднеспециальное медицинское образование по специальности «Фармацевт».
2. Фармацевт подчиняется непосредственно менеджеру проекта.

Обязанности:

- 1) отпуск метадона медицинской сестре кабинета заместительной терапии;

- 2) учёт движения метадона;
- 3) ведение документации: своевременное отражение движений метадона.
- 4) приготовление формы метадона, готовой для употребления участниками проекта;
- 5) контроль качества метадона;

### **Бухгалтер**

#### Общее положение:

1. На должность бухгалтера, работающего в проекте заместительной терапии, принимается специалист, имеющий законченное высшее или среднее специальное образование по специальности «Бухгалтер».
2. Бухгалтер подчиняется непосредственно руководителю проекта.

#### Обязанности:

- 1) осуществляет организацию бухгалтерского учета;
- 2) полный учет поступающих денежных средств и товарно-материальных ценностей;
- 3) правильное начисление заработной платы и перечисление платежей в бюджет, взносы социального страхования;
- 4) выполнение банковских операций;
- 5) ведение обязательной отчетности.

#### 4.4. Время работы

Выдача и приём раствора метадона гидрохлорида производится ежедневно с 8.00 до 10.00 часов и с 17.00 до 18.00 часов в городе Павлодаре. В Темиртау приём метадона производится по графику: с 10.00 до 11.00 часов и с 17.00 до 18.00 часов ежедневно. График работы составлялся с учётом потребностей пациентов.

Организованы специальные кабинеты выдачи метадона, размещенные на 1 этажах зданий.

#### 4.5. Порядок и условия проведения ОЗТ

Программа заместительной терапии в Казахстане требует соблюдения ряда условий. Данные условия предусмотрены приказом МЗ РК «О внедрении заместительной терапии» от 08.12.2005 года № 609:

1. Метадоновая терапия должна применяться исключительно для лечения лиц, страдающих мононаркотической зависимостью от героина и вводящих его с помощью инъекций.
2. Пациент должен постоянно проживать в населённом пункте, где будет получать терапию метадонном.
3. Пациент должен дать согласие на информированное неанонимное участие в программе.
4. Пациент должен дать согласие на периодические анализы мочи на предмет отсутствия в них следов героина и опиоидов.

#### Показания к применению заместительной терапии:

- возраст старше 18 лет;
- диагноз опиоидной зависимости (F 11.2);
- подтвержденный стаж инъекционного потребления наркотиков (не менее 3 лет);
- документально подтвержденные 2-3 неуспешные попытки лечения;
- приоритет отдается лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом;
- беременность у наркозависимых участниц программы ОЗТ;

- способность осознанно дать информированное согласие;
- гражданство РК.

Противопоказаниями для назначения метадона являлись следующие состояния:

- гиперчувствительность к препарату (аллергические проявления);
- тяжелые когнитивные нарушения или умственная отсталость.

Всех вновь принимаемых пациентов извещали о пилотном характере программы ОЗТ и мотивировали на участие в программе в течение года (и более при условии продолжения проекта) с последующим плановым выходом из программы.

Вопрос о включении пациента в программу заместительной терапии решался комиссионно Консультативная комиссия (в составе менеджера программы - председателя, врача-нарколога, психолога и социального работника) при приеме в программу, помимо приведенных критериев, учитывала условия предусмотрены приказом Приказ МЗ РК «О внедрении заместительной терапии» от 08.12.2005года № 609

Исключение пациентов из программы было предусмотрено в следующих случаях:

- продолжение употребления нелегальных наркотиков (по результатам тестов на содержание наркотиков в крови или моче);
- систематическое злоупотребление алкоголем с клиническими признаками алкогольной зависимости;
- нерегулярное посещение программы, отказ от контактов с врачом и психологом/психотерапевтом программы;
- совершение уголовно наказуемых деяний в период пребывания в программе с возбуждением уголовного дела против участника программы;
- наличие подозрений в торговле нелегальными наркотиками;
- попытка несанкционированного выноса метадона из кабинета;
- проявление агрессии к другим участникам и персоналу программы.

#### 4.6. Технология проведения ОЗТ

Приём пациентов в программу осуществлялся специальными консультативными комиссиями по представлению врачей-наркологов, ответственных за проведение ОЗТ.

В случае приёма в программу ОЗТ с пациентами заключались контракты, в которых определялись права и ответственность сторон, в нашем случае - между наркологическим учреждением и пациентом.

Дальнейший процесс ОЗТ происходил в 2 этапа:

- 1 этап – подбор начальных дозировок метадона в амбулаторных условиях (стационар замещающие условия) в течение 3-5-7 дней;
- 2 этап - перевод и осуществление поддерживающего лечения в амбулаторных условиях.

Для каждого пациента разрабатывались индивидуальные планы обследования и лечения, предусматривающие ряд обязательных процедур, в частности:

- обследование на наличие гепатита В и С, ВИЧ-инфекции, венерических и других заболеваний;
- лечение медицинских осложнений, проведение общеукрепляющей поддерживающей терапии;
- проведение мероприятий по психологической и социальной реабилитации.

Коррекция дозировок в амбулаторных условиях производилась врачом-наркологом программы.

В зависимости от планового или внепланового прекращения участия пациентов в программе ЗТ были отработаны 2 варианта детоксификации метадонном:

- 1) среднесрочная детоксификация (обычно в течение 1 месяца) – применялась в случаях досрочного внепланового прекращения лечения по инициативе пациента; заключалась в постепенном снижении дозировок метадона в течение месяца;
- 2) долгосрочная детоксификация (обычно в течение 3-4 месяцев) – применялась в случаях планового завершения участия пациента в программах ЗТ.

Во всех случаях, по согласованию с пациентом, проводилась детоксикация в стационарных условиях (с применением комбинаций психотропных препаратов, в сочетании с дезинтоксикацией, витаминотерапией, назначения гепатопротекторов).

В случаях планового выхода из лечебной программы, в зависимости от установок пациента, с ним проводилась индивидуальная работа по мотивированию на участие в реабилитационных программах, предусматривающих полное воздержание от наркотических веществ.

#### 4.7. Социально-психологический компонент программы ОЗТ

В ходе реализации проекта в обязательном порядке проводились психотерапевтические группы, работа с социальным работником.

Индивидуальное психологическое консультирование осуществлялось при входе в программу ОЗТ со всеми пациентами, в ходе которого, был идентифицирован проблемный профиль пациентов, определены пути выхода из сложившейся ситуации.

Групповые занятия проводились 2 раза в неделю. Продолжительность групповых занятий до 3 часов (с 10-13 ч).

Осуществлялась консультирование и помощь социального работника по индивидуальному плану.

#### 4.8. Дополнительные услуги

В рамках пилотных программ ОЗТ, помимо выдачи метадона, были предусмотрены следующие виды дополнительных услуг.

1. Консультирование врачом-терапевтом и рекомендации по лечению сопутствующих соматических расстройств.

2. Проведение тематических семинаров для участников программы, их родственников.

Семинары проводились в рамках деятельности врача нарколога, психолога/психотерапевта и освещали вопросы опыта ОЗТ в других странах, биологические механизмы формирования зависимости от различных психоактивных веществ, поддерживающая терапия, ВИЧ-инфекции (совместное пребывание в семье, поддерживающая терапия, АРТ, административная ответственность за умышленное распространение ВИЧ-инфекции и пр.)

#### 4.9 Финансовая характеристика проекта (2008-2009 годы)

##### 4.9.1 Основные статьи расходов

В связи с тем, что данный вид терапии впервые внедрялся в Казахстане, были большие первоначальные расходы практически по всем статьям.

##### 4.9.1.1 Оплата за работу в проекте

Наиболее затратной частью проекта явилась оплата труда персонала. Расходы на заработную плату 9 человек в двух регионах составили 9 520 долларов США или 1 142 400 тенге.

##### 4.9.1.2 Обучение персонала

За период реализации проекта было проведено обучение специалистов в



Кыргызстане. Также по запросу сотрудников был привлечен международный эксперт по клиническим вопросам. Общая сумма затрат на обучение составила 8 114 долларов США или 973 793 тенге.

В качестве рекомендаций было предложено следующее.

1. Как можно быстрее представить в МЗ РК отчёт о проделанной работе и высокой эффективности ОЗТ, с тем, чтобы до окончания годовичного срока ставить вопрос о расширении программы и внедрении метадоновой терапии в других областях и городах Республики Казахстан.
2. Учитывая оснащённость проекта и обеспеченность его медперсоналом, можно рекомендовать расширение численности до 100 пациентов в каждом ЛПУ (в Павлодаре и Темиртау). Такое расширение потребует только увеличения поставок метадона, но не численности персонала.
3. Активнее проводить работу по адвокации метадоновой терапии среди пациентов и широкой общественности. Полезно было бы подготовить статью для местных СМИ, передачу на телевидении с участием пациентов и их родственников. Распространять среди больных памятки, буклеты, листовки, содержащие информацию о метадоновой терапии.
4. Инициировать проведение встречи с представителями МВД и объяснить им цели и задачи ОЗТ, показать им, что одним из главных эффектов этого лечения является снижение преступности в среде ПИН. В случае попыток незаконного вмешательства в деятельность лечебного учреждения обращаться с жалобами в прокуратуру.
5. Поднять вопрос среди врачей-инфекционистов о недопустимости практики дискриминации ПИН в отношении назначения ВААРТ. В соответствии с протоколом ВОЗ (Лечение ВИЧ-инфицированных ПИН, 2008) даже те больные, которые систематически употребляют наркотики не должны быть лишены доступа к АРВ-терапии. Что же касается участников ОЗТ, то они имеют все основания получать это лечение и ссылки на то, что метадоновая программа может закончиться, никак не должны служить оправданием.
6. Врачи должны больше уделять внимания соматическому статусу пациентов и активно участвовать в терапии сопутствующих заболеваний (СПИД, туберкулез, психические расстройства и т.п.)
7. Необходимо назначать более высокие дозы метадона не допуская развития абстиненции и употребления нелегальных наркотиков. Средние дозы метадона должны быть в диапазоне 100-120 мг.

#### 4.9.1.3 Основные медикаменты

На закупку метадона гидрохлорида из расчёта на 50 человек израсходовано 33 750 долларов США. Вода, диспенсеры, дозаторы, одноразовые стаканчики – все, что необходимо для приёма внутрь раствора метадона, а также индикатор раствора метадона – составляет 7 500 долларов США. Затраты на хранение и доставку препарата составили 10 125 долларов США.

Так как метадон относится к группе наркотических веществ, требовалась специализированная охрана в наркологических центрах (2000 долларов США), оборудование для охранной сигнализации (958 долларов США) и сейф (1 350 долларов США).

#### 4.9.1.4 Дополнительные медикаменты, стрип-тесты

Для контроля приёма нелегальных уличных наркотических веществ были приобретены стрип-тесты в количестве 3200 штук на сумму 32 000 долларов США.

Для купирования побочных эффектов (запоры, тошнота, подавленное настроение) и

во время подбора и стабилизации дозы, требовалось назначение симптоматической терапии, на которую было также выделены средства в размере 8 100 долларов США или 972 000 тенге

#### 4.9.1.5 Административно-хозяйственные расходы

В ходе реализации проекта была приобретена необходимая мебель, мягкий инвентарь, компьютерное оборудование (14 000 долларов США), средства телекоммуникации, канцелярские принадлежности, административные и другие непредвиденные расходы (19 749 долларов США).

#### 4.9.2 Общая сумма расходов

Все вышеперечисленные расходы за период с 2008 по 2009 год составляют – 211 092,23 доллара США или 25 482 594 тенге, в расчете на одного пациента опиоидной заместительной терапии – 4 222 доллара США.

#### 4.9.3 Возможная экономия по статьям расходов при открытии новых сайтов

В таблице №4 представлены планируемые изменения финансирования проектов ОЗТ для вновь открывающихся сайтов

В случае одобрения реализации проекта ОЗТ высшим уполномоченным государственным органом и внедрения в лечебную наркологическую сеть опиоидной заместительной терапии, предполагается производить все выплаты сотрудникам из средств местного бюджета, введение в штатную структуру медицинских работников, курирующих пациентов, принимающих ОЗТ.

Для продолжения работы в прежних регионах (Темиртау, Павлодар) затраты на пациентов, принимающих ОЗТ, будут сокращены до минимума, так как инфраструктура и другое оборудование (компьютерное обеспечение, сейф, мягкий инвентарь, мебель, оборудование для охранной сигнализации, телекоммуникации, финансирование на подготовительный этап) – уже имеются с 2008 года. В связи с этим, планируются затраты на приобретение метадона, закупку, хранение, поставки, диспенсеры, воду, одноразовую посуду для приёма препарата, лекарственные средства для симптоматического лечения. Стрип-тесты остались с 2009 года, и в случае необходимости их потребуется значительно меньшее количество.

Таблица №4 - Возможная экономия по статьям расходов

№ п/п	Статьи расходов	Возможные изменения
1.	Закуп, хранение, доставка метадона гидрохлорида	Без изменений
2.	Дозаторы, вода, одноразовые стаканчики для приема	Без изменений
3.	Лекарственные препараты для симптоматического лечения	Без изменений (по рекомендациям международного эксперта, а также по результатам клинического исследования)
4.	Охранное оборудование, сейфы, сигнализация	Без изменений
5.	Стрип-тесты	Только при возникновении подозрения на употребление нелегальных наркотических средств
6.	Компьютерное обеспечение и телекоммуникации	По мере необходимости (один ПК для ведения мониторинга на сайт)
7.	Расходы на обучение специалистов мультидисциплинарной команды, проведение тренингов, семинаров, оплата приглашенных консультантов	Привлечение отечественных специалистов в качестве тренеров, консультантов Включение в учебные планы вопросов ОЗТ на курсах первичной специализации, тематического усовершенствования для врачей-наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, волонтеров, задействованных в наркологической практике, а так же организаторов здравоохранения.

		Проведение обучающих семинаров (занятий) по ОЗТ в соответствии с расписанием циклов тематического усовершенствования кафедр усовершенствования за счет средств государственного бюджета
8.	Заработная оплата только следующим специалистам	Набор персонала, непосредственно работающего с пациентами : врач-нарколог – 2 ставки, психолог/врач-психотерапевт - 1 ставка, социальный работник – 1 ставка, медицинская сестра – 2 ставки.

Вместе с тем, необходимо помнить, что персонал, непосредственно работающий с пациентами, в государственных медицинских организациях имеет определённую норму нагрузки. В соответствии с приказом МЗ РК от 24.10.2004 № 764 года норма нагрузки на 1 должность врача-нарколога составляет 20 пациентов с наркотической зависимостью, 1 должность психолога/врача-психотерапевта устанавливается из расчёта - 1 должность на 50 пациентов, медицинская сестра – 1 должность на каждые 20 коек дневного стационара, социальный работник 1 должность устанавливается из расчёта на каждое наркологическое отделение. В связи с данным приказом МЗ РК в таблице №8 в пункте 8 представлены рекомендуемые штатные единицы.

Таким образом, экономическая эффективность ОЗТ в областных наркологических медицинских организациях, при наличии сформированной инфраструктуры и достаточного штата сотрудников, будет вполне оправдана в сравнении со стационарным лечением наркозависимых лиц.

## **5. Основные результаты реализации программ ОЗТ и оценка эффективности**

### **5.1 Основные исследуемые параметры, которые оценивались в ходе исследования**

В рамках данного исследования нами были выбраны следующие основные исследуемые параметры ВИЧ-инфицированных лиц, находящихся на заместительной терапии метадонном:

- а) клинические характеристики;
- б) психологические и социальные характеристики статуса пациентов.

### **5.2 Описание дизайна проводимого исследования, его процедур и этапов**

Настоящее исследование являлось экспериментальным, где исследователь проводит эксперимент (назначение метадоны) и проводит сравнение изменений исследуемых параметров.

В данном исследовании наблюдались ВИЧ-инфицированные и ВИЧ-негативные лица на различных этапах программы заместительной терапии метадонном.

Способ исследования заключался в сопоставлении параметров исследуемой группы на различных этапах заместительной терапии.

Принцип исследования состоял в сравнительном анализе психопатологических, соматических и неврологических симптомов и их комплексов, а также социально-психологических характеристик различно проявляющихся у лиц, находящихся в программе заместительной терапии.

Сбор данных проводился в течение первых 2-х недель включения в программу и повторно через 3 месяца пребывания в программе.

Исследование проводилось с использованием количественного и качественного методов сбора данных, включающих анкетирование пациентов по стандартным опросникам, осмотр пациента и заполнение карты врачом. В качестве основного инструмента исследования являлась базисная карта для эпидемиологических исследований, разработанной РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании» (г. Павлодар, РК).

Валидность, в нашем случае, точность параметров:

- 1) была достигнута использованием валидных психологических тестов;

- 2) была достигнута использованием лабораторных клиничко-биохимических исследований сертифицированной лабораторией;
- 3) экспертная оценка производилась квалифицированным врачом.

### 5.3. Методы сбора и анализа информации

Для оценки медицинского состояния, личностно-психологического и социального статуса пациентов использовались следующие методы исследования:

- клинический метод;
- клиничко-психологический метод;
- социально-психологический метод;
- статистический метод исследования.

#### 5.3.1. Клинический метод

Данный метод исследования использовался с целью определения клинического диагноза и квалификации выявленных синдромов сопутствующего заболевания, преморбидной патологии, осложнений основного заболевания и исследования динамики показателей клиничко-биохимических, нейрофизиологических, врачебно-клинических обследований. Клиническими критериями диагностики заболеваний были критерии международной классификации болезней десятого пересмотра - МКБ-10 [ICD-10, 1994].

Особое внимание в данном методе исследования придавалось оценке критериев диагностики наркологических заболеваний, психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ соответственно критериям МКБ-10 – при квалификации основного синдрома с указанием базисных аргументов; проявлений синдрома зависимости в разные периоды (период активного употребления ПАВ – метадона, острый абстинентный период, постабстинентный период).

В стандартных формах протоколов клиничко-лабораторных исследований клиничко-биохимической лаборатории регистрировались фамилия, имя, отчество, год рождения, предварительный диагноз, дата обследования, показатели результатов анализов.

#### 5.3.2. Клиничко-психологический метод

Данным методом исследовалась динамика изменений личностных свойств, определялась степень выраженности изменений в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах.

Использовались следующие психологические методики и тесты: ММРІ сокращенный вариант, шкала депрессии.

В стандартных формах протоколов психологического исследования психологами регистрируются: фамилия, имя, отчество исследуемого, дата рождения, пол, дата тестирования, названия вопросников, входящих в объем психологической диагностики. Протоколы содержат показатели и интерпретацию по каждому психологическому тесту, а также заключение по данным психодиагностического исследования в виде служебной информации.

#### 5.3.3. Социально-психологический метод

С помощью настоящего метода изучалось социальное функционирование пациентов. В нашем случае использовались шкала оценки качества жизни и индекс тяжести аддикции (разделы работа, юридический статус, семейный/социальный статус).

#### 5.3.4. Статистический метод исследования

Настоящий метод использовался с целью анализа показателей динамики по клиничко-психопатологическим, экспериментально-психологическим параметрам данного исследования с оценкой достоверности различий и осуществлялся компьютерной программой Agstat.exe, входящей в пакет экспертной системы ESAG.

#### 5.4. Общие показатели программ ОЗТ

##### 5.4.1 Общие данные по пилотному проекту ОЗТ

В представленных ниже таблицах №№5-9 представлена общая характеристика групп проекта ОЗТ отдельно в двух городах и в целом по РК.

Эффективность программы ОЗТ характеризовалась процентным соотношением лиц, находящихся в проекте в течение года. Данный показатель рассчитывался из соотношения количества всех случаев приёма в программу ОЗТ (начиная с ноября 2008 г.) к числу следующих показателей (*последние выделены в таблице*):

- количество пациентов, выбывших из программы, в т.ч. завершили лечение в плановом порядке с положительным результатом;
- количество пациентов, выбывших из программы, в т.ч. привлечены к уголовной ответственности за ранее совершенные преступления;
- количество пациентов, выбывших из программы, в т.ч. умерло;
- количество пациентов повторно принятых в программу;
- количество пациентов, участвующих в программе на конец года.

Таким образом, уровень удержания в программе ОЗТ на конец года составил по Павлодарскому региону 72,9 %, по Темиртау – 75,67 %. В среднем коэффициент составил 74,28 %, что должно расцениваться как очень хороший показатель для программ лечения опиоидной зависимости в Казахстане.

Таблица №5 - Количественные данные об участниках проекта ОЗТ

№ п/п	Критерии	г. Павлодар	г. Темиртау	ВСЕГО в РК
1	Количество всех случаев приема в программы ОЗТ, начиная с ноября 2008.	48	37	85
2	Количество пациентов, выбывших из программы в течение года реализации проекта	21	18	39
	<b><i>В т.ч. завершили лечение в плановом порядке с положительным результатом</i></b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
	В т.ч. внеплановое прекращение лечения	10 (категорический отказ от лечения без планового выхода)	10 (категорический отказ от лечения без планового выхода)	20
	<b><i>В т.ч. привлечены к уголовной ответственности за ранее совершенные преступления</i></b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
	В т.ч. привлечены к уголовной ответственности за преступления, совершенные в период участия в проекте озт	2	-	2
	В т.ч. Исключено из-за нарушения режима (нерегулярное посещение - 1 раз в 5-10 дней)	1	3	4
	В т.ч. исключено из-за агрессии в отношении медицинского персонала	-	1	1
	<b><i>В т.ч. умерло</i></b>	<b><i>1 (по соматическому состоянию)</i></b>	<b>-</b>	<b>1</b>

3	<i>Количество пациентов повторно принятых в программу</i>	1	2	3
4	<i>Количество пациентов, участвующих в программе на конец года</i>	26	22	48
5	Процент удержания в программе	72,9 %	75,67 %	74,28 %

Как видно из пункта 2 таблицы №5 завершение участия и выход из лечебной программы происходили по разным причинам, среди которых основными являлись следующие (перечислены по мере снижения частоты).

1. *Самостоятельный внеплановый выход из программы ОЗТ.* Данная причина выбытия из ОЗТ явилась наиболее часто встречаемой (51,28 % случаев из всех причин досрочного выхода из программы), несмотря на предварительное собеседование и разъяснение условий заключения контракта. Сюда входят случаи, когда пациенты категорически отказывались от лечения, объясняя это тем, что они ожидали большего от метадона (не испытывают эйфории), что им надоело приходить ежедневно за дозой препарата, в связи с переменой места жительства и другое.

2. *Исключение из программы ОЗТ в результате планового завершения лечения по согласованному решению врача и пациента – 17,94 %.* Данный показатель свидетельствует о полном выполнении индивидуального плана лечения для пациента и достижении желаемого эффекта от лечения. На настоящий момент все пациенты находятся в воздержании от нелегальных наркотических средств, эпизодически посещают психотерапевтические группы, работают в частных предприятиях. В отношении данной категории пациентов ведётся катamnестическое наблюдение.

3. *Выход из программы ОЗТ в результате исключения из-за нарушения режима, а именно нерегулярного посещения пунктов выдачи метадона гидрохлорида.* Данная группа пациентов принимала метадон 1 раз в 5-10 дней. Столь длительные перерывы свидетельствовали о возможности прохождения пациентами реабилитационных программ с полным воздержанием от психоактивных веществ, что им и было предложено сделать. Данная причина составила 10,25 % случаев от всех причин выхода из программы ОЗТ.

4. *Выход из программы ОЗТ в результате привлечения к уголовной ответственности за преступления, совершенные в период участия в проекте ОЗТ (5,12 %).* Данная причина свидетельствует о том, что часть клиентов с трудом вовлекается в нормативную, социально адаптированную жизнь. Учитывая длительный дезадаптивный период жизни пациентов, можно было прогнозировать возможные криминальные эксцессы.

5. *Исключение из проекта из-за агрессии в отношении медицинского персонала составил 2,56% случаев.*

6. *Прекращение программы ОЗТ по причине смерти пациента составил 2,56% случаев.* В нашем случае это был единственный летальный случай. Причина смерти была связана с имеющимися тяжелыми оппортунистическими заболеваниями органов дыхания на фоне ВИЧ-инфекции, собственно СПИД. Так как, случай смерти пациента не был непосредственно связан с действием метадона и программой поддерживающего лечения метадонем, это исключает возможность интерпретации данных случаев применительно к программе заместительной поддерживающей терапии.

Таблица №6 - Средняя продолжительность участия в проекте ОЗТ (n=48)

Месяц входа	Количество пациентов	Время	Средняя продолжительность
-------------	----------------------	-------	---------------------------

пациента в программу ОЗТ	Павлодар (с 30.10.08 по 30.10.09)	Темиртау (с 14.11. 08 по 14.11. 09)	участия в ОЗТ (в месяцах)	участия в проекте на 1-го пациента
Октябрь 2008	5	-	12	9,46 месяца
Ноябрь 2008	4	7	12	
Декабрь 2008	5	10	11	
Январь 2009	1	1	10	
Февраль 2009	-	1	9	
Март 2009	1	-	8	
Апрель 2009	-	1	7	
Май 2009	2	1	6	
Июнь 2009	1	1	5	
Июль 2009	6	-	4	
Август 2009	-	-	-	
Сентябрь 2009	-	-	-	
Октябрь 2009	1	-	1	
Ноябрь 2009				

На конец года реализации проекта число пациентов, участвующих в программе более 1 года, составило 16 человек или 33,3 % относительно общего количества случаев. Средняя продолжительность участия в программе составляет 9,46 месяца.

Таблица №7 - Социально-демографические характеристики исследуемой группы

Характеристики	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал среднего
<i>Пол</i>			
Мужчины	37	77,08 %	46 <> 94,1%
Женщины	11	22,91 %	±18,1%
<i>Возраст</i>			
26... <30 лет	9	18,75 %	±18,4%
31... <40 лет	27	56,25 %	±29,53%
41... <50 и более лет	12	25 %	5,3 <> 39,4%
<i>Национальность</i>			
Русские	43	89,58 %	71,1 <> 97,8%
Немцы	1	2,08 %	1,3 <> 41%
Казахи	4	8,33 %	1,2 <> 32,4%
<i>Образование на момент обследования</i>			
Неполное среднее (5-9 классы)	3	6,25 %	0,2 <> 29,8%
Среднее	24	50 %	±21,1%
Среднее специальное	18	37,5 %	±19,4%
Неоконченное высшее	1	2,08 %	1,3 <> 41%
Высшее	2	4,16 %	0,2 <> 29,7%
<i>Трудовая занятость</i>			
Безработный	22	45,8 %	±20,3%
Квалифицированные специальности	3	6,25 %	1,3 <> 18,3%
Рабочие специальности	6	12,5 %	0,2 <> 23,8%
В частном порядке	9	18,75 %	1,3 <> 42%
Волонтер	8	16,7 %	11,3 <> 61,3%

Данные, представленные в таблице №8, подтверждают раннее инъекционное потребление нелегальных наркотических веществ участниками проекта ОЗТ. Об этом свидетельствует коморбидная патология, а именно: наличие гепатитов и ВИЧ-инфекции у пациентов ОЗТ.

Таблица №8 - Сопутствующая соматическая патология

Наименование патологии	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал среднего
<i>Инвалидность</i>			

Отсутствие инвалидности	45	93,75 %	76,9 <math>\diamond</math> 98,6%
Инвалид по общему заболеванию	2 (II и III группы по соматическому заболеванию)	4,16 %	0,29 <math>\diamond</math> 27,3%
Инвалид с детства	1	2,08 %	1,2 <math>\diamond</math> 39,4%
<i>ВИЧ-статус</i>			
ВИЧ-позитивный	35	72,91 %	44 <math>\diamond</math> 93,5%
ВИЧ-негативный	13	27,08 %	8,2 <math>\diamond</math> 54%
<i>Сопутствующая патология</i>			
Гепатит С	15	31,25 %	$\pm$ 19,8 %
Гепатит В	1	2,08 %	1,2 <math>\diamond</math> 39,4%
Гепатиты В и С	32	66,66 %	$\pm$ 2,9%
Туберкулез	6	12,5 %	1,2 <math>\diamond</math> 37,4%

Интересными представляются данные об опыте лечения и реабилитации участниками проекта (таблица №9). Анализ этих данных позволяет прийти к выводу о ранее неуспешном опыте излечения.

Таблица №9 - Опыт лечения

Виды лечения	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал среднего
Психофармакотерапия	10	20,83 %	0,2 <math>\diamond</math> 35,1%
Дезинтоксикация	21	43,75 %	1,9 <math>\diamond</math> 58,3%
Симптоматическое	42	87,5 %	54,5 <math>\diamond</math> 95,8%
Общеукрепляющее	43	89,58 %	54,9 <math>\diamond</math> 95,8%
Детоксикация экстракорпоральная	3	6,25 %	0,2 <math>\diamond</math> 29,3%
Индив.психотерапия	42	87,5 %	54,5 <math>\diamond</math> 95,8%
Групповая психотерапия	46	95,8%	57,1 <math>\diamond</math> 97,3%
Социальная реабилитация	42	87,5 %	54,5 <math>\diamond</math> 95,8%
Физиолечение	46	95,8%	57,1 <math>\diamond</math> 97,3%

#### 5.4.2. Клиническая характеристика

##### 5.4.2.1 Подбор первичной/начальной дозы метадона

Начальная доза обосновывалась на врачебной оценке истории болезни и текущего физического состояния пациента. Целью первичной дозы и ранних дополнительных дозировок являлось купирование героинового абстинентного синдрома и уменьшение влечения к наркотикам, в то же самое время, избегая седации.

Пациенты начинали приём метадона на фоне абстинентных героиновых проявлений. После приёма дозы метадона героиновые абстинентные проявления купировались в течение 3-5 часов (в 100 % случаев). Начальная доза метадона 20-30 мг с пошаговым наращиванием дозы в последующие дни по 5-10 мг. Доза метадона подбиралась индивидуально в течение 7-14 дней.

##### 5.4.2.2 Подбор поддерживающей дозы метадона

Поддерживающая доза определяется индивидуально опытным врачом-наркологом, принимая во внимание информацию, предоставленную пациентом. Доза подбиралась таким образом, чтобы достигнутые желаемые эффекты сохранялись в течение 24 часов и больше.

Команда врачей во время проведения всех своих сессий делали установку на продолжительное нахождение в программе, ссылаясь на то, что метадоновая поддержка должна продолжаться так долго, насколько этого желает пациент и пока это лечение приносит пользу (по рекомендации Росинского Ю.А.).

В среднем доза метадона стабилизировалась от двух до четырех недель.

Во время поддерживающей фазы пациенты в 54,1 % случаев находились на одной и той же дозе. Другим требовалась некоторая периодическая корректировка, связанная с



параллельным курсом лечения соматической патологии, в том числе туберкулёза, АРВ – терапии, стрессовыми ситуациями в семье, выходом на тяжелую физическую работу (соответственно 45,9 % пациента).

J. Thomas Payte, Elizabeth T. Khuri утверждают, что субтерапевтические дозы наиболее типичны среди существующих метадоновых программ, и ссылаясь на ряд исследований, отмечают, что адекватные дозы метадона, индивидуально и клинически подобранные, коррелируют с уменьшением потребления нелегальных наркотиков и улучшают удержание пациентов в программе (цит. по J. Thomas Payte, Elizabeth T. Khuri).

Доза определялась, основываясь на индивидуальном клиническом процессе, профессиональных навыках врача-нарколога. Среднесуточная доза метадона (среднее за год, см. таблицу №1) составила 65,28 мг (по Павлодарскому региону – 59,9 мг, по Темиртау – 70,6 мг). Время приёма ежедневно с 8.00 до 10.00 и с 17.00 до 18.00 в городе Павлодаре. В городе Темиртау график приёма метадона: с 10.00 до 11.00 часов и с 17.00 до 18.00 часов ежедневно.

Пилотный характер проекта и первый опыт употребления пациентами метадона гидрохлорида объясняет изменение доз препарата. В ходе реализации проекта были случаи снижения дозы по инициативе самих пациентов. Мотивом их поступков являлось желание трудоустроиться, нежелание («надоело») ежедневно посещать клинику. Во всех случаях проводилась дополнительная образовательная работа с пациентом и с его близкими людьми.

#### 5.4.2.3 Показатели клинико-лабораторных исследований

На основании проведенных клинических лабораторных исследований можно сделать вывод об относительном соматическом благополучии пациентов. При этом мы должны принимать во внимание наличие коморбидной патологии (позитивного ВИЧ-статуса, гепатитов В, С, другие соматические заболевания), а так же возможное токсическое действие метадона гидрохлорида в течение 9,46 месяцев (средней продолжительности участия в программе ОЗТ).

*Общий анализ крови.* Проводился при входе в программу ОЗТ и далее ежеквартально. Исследование показателей общего анализа крови (у пациентов оставшихся в проекте) показало, что при ежеквартальных колебаниях показателей, данные оставались в пределах нормы. Выходящим за пределы нормы являлась скорость оседания эритроцитов (СОЭ – показатель, свидетельствующий о наличии воспалительного процесса в организме). Незначительное превышение нормы – ускорение СОЭ от 15 до 26 мм в час наблюдалось у 42,8 % пациентов при вхождении в проект. В динамике данный показатель пришел в пределы нормы (таблица № 10).

Таблица №10 - Основные показатели общего анализа крови

Показатели крови	При входе в проект ОЗТ	Через 3 месяца реализации проекта	Через 6 месяцев реализации проекта	Через 9 месяцев реализации проекта	Через 12 месяцев реализации проекта
Гемоглобин (г/л)	133,5	136,5	134,1	124,5	135,2
Эритроциты (10 <sup>12</sup> /л)	4,1	4,42	4,14	4,09	4,2
Лейкоциты (10 <sup>9</sup> /л)	5,1	5,7	5,5	5,0	5,0
СОЭ (мм/ч)	14,5	15,5	13,2	11,6	10,2

*Биохимический анализ крови.* Проводился при входе в программу ОЗТ и далее 1 раз в 6 месяцев (исследование проводится по показаниям, плановое повторное исследование 1 раз в шесть месяцев). За пределы нормы выходили такие показатели, как глюкоза (отражает углеводный обмен, имеет диагностическое значение при заболеваниях поджелудочной железы, функциональных расстройствах других эндокринных желез,

органических поражениях ЦНС, при заболеваниях печени воспалительного или дегенеративного характера), АЛТ (при патологическом процессе в печени, поджелудочной железе, затем в других тканях), АСТ (отражает патологический процесс в большей степени в сердце, эритроцитах, скелетных мышцах, затем в печени), тимоловая проба (оценивает белково-синтетическую функцию печени, наличие патологического воспалительного процесса в печени) (таблица №11).

Интересным является, что данные показатели достигли своего максимального патологического значения в середине реализации проекта – через 6 месяцев. Затем в динамике отмечается их улучшение. Возможным объяснением таких изменений может быть несколько причин:

- а) наличие коморбидной патологии, активность которой была приостановлена отсутствием стресса (в отношении наркотических веществ), а также поддерживающим симптоматическим лечением;
- б) адаптация к воздействию препарата метадона гидрохлорида на фоне поддерживающего лечения.

Таблица № 11 - Основные показатели биохимического анализа крови

Показатели	При входе в проект ОЗТ	Через 6 месяцев реализации проекта	Через 12 месяцев реализации проекта
Общий белок (г/л)	82,3	74,3	82,9
Мочевина (ммоль/л)	4,7	4,1	4,6
Глюкоза (ммоль/л)	7,2	3,6	4,4
АЛТ (мккат/л)	0,5	1,2	0,54
АСТ (мккат/л)	0,36	1,25	0,62
Общий билирубин (мкмоль/л)	14,9	28,8	15,1
Тимоловая проба (ед)	9,68	11,2	9,8

CD-4 - белые клетки крови, выполняющие важные функции иммунитета. Вирус иммунодефицита (ВИЧ) способен контактировать с CD-4 рецепторами T- лимфоцитов, после чего вирус проникает внутрь этих клеток – «инфицирует их». Даже если ВИЧ-инфицированный человек чувствует себя хорошо и не имеет никаких симптомов болезни, огромное количество CD4-клеток инфицируется и разрушается вирусом и такое же количество продуцируется нашим организмом, чтобы заместить утраченные клетки.

Исследование CD-4 клеток на базе наркологических диспансеров не проводилось, результаты были предоставлены сотрудниками СПИД-центров городов Павлодара и Темиртау. Средний показатель CD-4 в начале проекта составил 435,8 клеток в кубическом миллилитре крови (минимальный – 81, максимальный - 815). Через год реализации проекта – 462 клетки/куб.мм, при этом минимальный уровень - 84, максимальный - 1351). В целом, необходимо отметить улучшение показателей CD-4.

*Общий анализ мочи* (таблица № 12). Исследование проводилось в плановом порядке трижды (при входе в проект ОЗТ, через 6 и 12 месяцев реализации проекта), а также по мере необходимости. При первичном исследовании общего анализа мочи из наиболее часто встречающейся патологии отмечались следы белка (до 0,033 г/л) – 21,7% случаев. В динамике данный показатель встречался реже (у 4,34% пациентов). Наличие эритроцитов (гематурия) отмечалась у одного пациента на протяжении всего срока реализации проекта.

Таблица № 12 Основные показатели общего анализа мочи

Показатели	При входе в проект ОЗТ	Через 6 месяцев реализации проекта	Через 12 месяцев реализации проекта
Цвет	желтый	желтый	желтый
Относительная плотность	1016	1015	1017
Следы белка	21,7%	8,6%	4,34%

Плоский эпителий (в поле зрения)	2,5	2	2,2
Лейкоциты (в поле зрения)	3,9	3,1	4,1
Бактерии (в 1 мл)	4,1 %	4,1%	2,08%
Слизь	22,9%	12,5%	4,1%
Эритроциты	2,08%	2,08%	2,08%

#### 5.4.2.4 Соматические осложнения, купирование

Долгосрочные токсические побочные явления при приёме метадона (как, собственно, у всех опиатов фармацевтического типа), при соблюдении всех необходимых правил гигиены и в контролируемых количествах немногочисленны. М.Дж. Крик сделал вывод о том, что «изменение биологического и биохимического плана, безусловно, имеют место при применении метадона, но побочные явления, которые можно установить клиническим путём, незначительны даже у тех, кто постоянно получает заместительную метадоновую терапию. Токсикации в период долгосрочных курсов лечения метадоном, случаются очень редко. Наиболее заметные сдвиги в состоянии пациентов в ходе длительной терапии с помощью метадона как раз связаны с общим улучшением здоровья и питания по сравнению с их состоянием перед началом лечения» (Kreek M. J., 1983).

Основными проблемами, возникающими в ходе длительного применения метадона, были следующие.

1. Запоры. В 91,6 % случаев возникли через неделю регулярного приёма метадона. Явления задержки стула купировались при дополнительном назначении препаратов со слабительным действием (бисакодил, слабительный чай) и корректировки диеты. В настоящее время запоры сохраняются у 16,6 % пациента.

2. Тошнота, рвота. В 66,6 % случаев на начальных этапах ОЗТ пациенты жаловались на тошноту, эпизодически рвоту. Диспепсические явления купировались через 7-12 дней. Дополнительно назначался церрукал по 1 таб. 1 раз в день до 7 дней.

3. Кожный зуд, кожные высыпания. Явления аллергического дерматита также появились на 2-й неделе употребления метадона в виде мелкопапулезной сыпи на лице, животе с переходом в шелушение (52,08%). В 8 % случаев высыпания были в виде волдырей на животе, руках, ногах. Высыпания сопровождалось зудом. Аллергический компонент купировался через 2 недели. В качестве дополнительных назначений были: активированный уголь по 2 таблетки 4 раз в день №7, кальция глюконат по 2 таблетки 4 раза в день №10, коррекция диеты.

4. Снижение массы тела. Похудение в 83,3 % случаев наблюдалось после месяца регулярного приёма метадона. Потеря массы тела в среднем составила 4,4 кг (от 400 граммов до 9 кг). К началу 4-го месяца наблюдения потеря массы тела наблюдалась лишь у 2-х пациенток с активной стадией СПИД. К концу году реализации проекта снижение массы тела наблюдается только у вновь принятых пациентов.

5. Половая слабость. Продолжает наблюдаться у 60,4% пациента.

#### 5.4.2.5 Приверженность к АРВ-терапии

Как указывалось выше в проекте участвует 35 пациентов (72,91%) с ВИЧ-положительным статусом. Из общего числа этих пациентов лишь пятеро получали АРВ-терапию. В ходе клинической и психотерапевтической работы 6 пациентов начали АРВ-терапию. С последним пациентом, вновь включенным в ОЗТ, на настоящий момент проводится мотивационная терапия о необходимости АРВ-терапии. Таким образом, можно делать выводы о постепенном выполнении одной из целей программы – увеличение приверженности к АРВ-терапии пациентов ОЗТ с 14,28% (от числа ВИЧ-положительных лиц, участвующих в проекте) до 31,42 %.

#### 5.4.2.6 Контроль трезвости. Инъекционное употребление ПАВ

На протяжении времени участия в Программе пациенты регулярно сдают анализы на содержание других психоактивных веществ в моче. В случае выявления метаболитов психоактивных веществ, употребляемых параллельно с метадонном, с пациентом проводились индивидуальные психотерапевтические сессии, проводилась корректировка дозы метадона.

В целом, отмечается положительная динамика в отношении снижения употребления нелегальных наркотических веществ. Так, по результатам анализов (скрининг-тест), в течение первых 3-х месяцев реализации проекта 16% пациентов продолжали ежедневный приём уличных наркотиков, у 42% пациентов эпизодически отмечались положительные результаты анализов. Лишь к четвёртому месяцу реализации проекта 10 % пациентов полностью воздерживалась от употребления каких-либо психоактивных веществ (опиоидов, каннабиноидов, спиртного). К концу года реализации проекта число лиц, с полным воздержанием от употребления нелегальных ПАВ, увеличилось до 60,4%, а ежедневный приём наркотиков прекратился полностью (таблица №13).

Таблица №13 - Частота и кратность употребления препаратов группы опия в ходе реализации проекта

Наименование шкал	В начале проекта		Через 3 месяца		Через 6 месяцев		Через 9 месяцев		Через 12 месяцев		P
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	
Количество участников в проекте	50		50		51		48		48		
Ежедневное употребление	48	96	8	16	4	7,8	-	-	-	-	<0,01
Нерегулярно, «от случая к случаю», менее 1 раза в месяц	2	4	37	74	32	62,7	30	62,5	19	39,5	<0,01
Полное воздержание от нелегальных ПАВ	-	-	5	10	15	29,4	18	37,5	29	60,4	<0,01
Кратность употребления наркотика в сутки	1,5	-	0,5	-	0,5	-	0,5	-	0,1	-	<0,01

Отмечается положительная динамика в отношении снижения нелегального употребления ПАВ инъекционным путем. По результатам опросника «Индекс тяжести зависимости» (ИТЗ) раздела «Алкоголь/наркотики» отмечается снижение количества инъекционного потребления наркотических веществ (таблица №14). Таким образом, можно сделать вывод об эффективности в отношении противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в РК, за счёт профилактики инфицирования среди ПИНов.

Таблица 14. Снижение инъекционного потребления ПАВ

Наименование шкал	В начале проекта		Через 3 месяца		Через 6 месяцев		Через 9 месяцев		Через 12 месяцев		P
	А*	Б*	А*	Б*	А*	Б*	А*	Б*	А*	Б*	
Количество участников в проекте	50		50		51		48		48		
Алкоголь	5,4	орально	4,1	орально	4,6	орально	4,3	орально	4,4	орально	-

Героин	22,98	инъекционно	4,15	инъекционно	2,28	инъекционно	0,5	инъекционно	0,39	инъекционно	<0,01
Другие опиаты/анальгетики	5,86	инъекционно	1,39	инъекционно	0,76	инъекционно	0,12	инъекционно	-	инъекционно	<0,01
Барбитураты	6,6	орально	3	орально	-	орально	-	-	-	-	-
Седативные/транквилизаторы	9,6	орально	4,2	орально	-	орально	-	-	-	-	-

\*Примечание: А - среднее количество дней потребления за последние 30 дней; Б - способ применения ПАВ.

#### 5.4.3 Психосоциальная характеристика

В соответствии с основными задачами настоящей программы – снижение вреда, социальная адаптация пациентов, улучшения качества жизни пациентов и психотерапевтическое сопровождение для того, чтобы пациент смог задуматься о дальнейшей жизни возможной без употребления ПАВ в ходе реализации проекта в обязательном порядке проводятся психотерапевтические группы, работа с социальным работником.

На первоначальном этапе со всеми участниками проекта проведено индивидуальное психологическое консультирование, в ходе которого был идентифицирован проблемный профиль пациентов, определены пути выхода из сложившейся ситуации. В дальнейшем, в ходе проведения психотерапевтических групп продолжает сохраняться позитивная динамика. Ведётся работа по растождествлению негативного и позитивного личностного статусов пациентов. У части пациентов появилась тенденция к выходу, освобождению от наркотической зависимости и готовность к трезвой жизни без употребления психоактивных веществ.

Групповые занятия проводятся 2 раза в неделю. Продолжительность групповых занятий до 3 часов (с 10-13 час.). К врачу-наркологу проекта по мере повышения информированности населения поступают просьбы от родственников ПИН из других регионов РК и ближнего зарубежья о включении в проект.

##### 5.4.3.1 Клинико-психологическая характеристика участников проекта ОЗТ

В соответствии с данными, представленными в таблице № 15 стало возможным сделать выводы о позитивной психологической динамике пациента. В частности, отмечается изменение усредненного профиля пациента в сторону нормализации, снижения выраженности тех или иных характеристик личности (изменение среднего профиля пациентов было статистически значимо по представленным шкалам).

Таблица № 15 - ММРІ сокращенный вариант

Наименование шкал	В начале проекта		Через 3 месяца		Через 6 месяцев		Через 9 месяцев		Через 12 месяцев		P
	Баллы	Доверительный интервал среднего	Баллы	Доверительный интервал среднего	Баллы	Доверительный интервал среднего	Баллы	Доверительный интервал среднего	Баллы	Доверительный интервал среднего	
Ипохондрия (Hs)	60	±2,9	52,8	±3,6	52,3	±3,8	52,2	±4,1	52,2	±4,1	<0,01
Депрессия (D)	66,5	±2,9	54,1	±4,1	53,7	±4,2	53,6	±4,2	53,6	±4,2	<0,01
Истерия (Hu)	69,4	±4	55,4	±4,2	54,9	±4,8	54,4	±5,1	54,4	±5,1	<0,01
Психопатия (Pd)	69,5	±5,8	58,4	±4,7	57,8	±4,6	57,7	±4,4	57,6	±4,4	<0,01
Психастения (Pt)	61	±4,6	52	±4,3	52	±3,3	51,7	±3,1	51,7	±3,1	<0,01

Характеризуя аффективную сферу (по шкале Зунга) необходимо отметить

позитивную динамику. Как видно из рисунка 2 количество пациентов с нормальным фоном настроения к концу года реализации проекта увеличилось. Исключение составляет данные шестого месяца наблюдения, когда количество лиц с нормальным фоном настроения снизилось за счёт лиц, с лёгкой депрессией ситуативного или невротического генеза. Объяснением может служить сложившаяся ситуация, связанная с неопределенностью в отношении продолжения ОЗТ и нежеланием прерывания курса лечения (из-за возможной задержки ввоза метадона).

Лиц с киническими и субклиническими формами расстройства аффективной сферы (субдепрессивное состояние или маскированная и истинная депрессия) уменьшилось к 12 месяцу исследования. Возможным объяснением является ряд причин:

- правильная коррекция дозы метадона, и в результате адекватная заместительная терапия;
- назначения в нескольких случаях антидепрессантов;
- психокоррекционная терапия в индивидуальном или групповом режиме.

Вместе с тем необходимо отметить, что в динамике не были получены статистически достоверные различия изменения состояния пациентов.

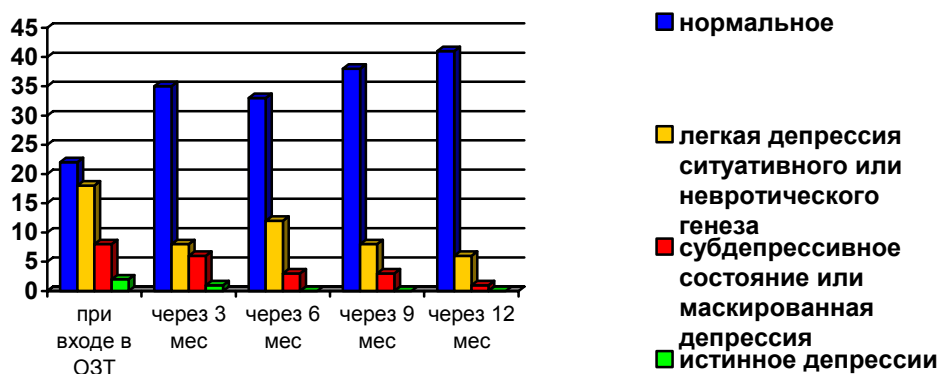


Рисунок 2. Характеристика аффективной сферы по шкале Зунга

#### 5.4.3.2 Социальная динамика пациентов ОЗТ

Необходимо отметить положительную динамику в субъективной оценке благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. Так, показатели качества жизни (по данным шкалы оценки качества жизни) представлены шестью сферами. Из них со статистически значимой разницей представлены шкалы «Духовная сфера» с 3,1 до 4,7, «Окружающая среда» с 2,8 до 3,8, «Психологическая сфера» с 3 до 3,9, «Социальные отношения» с 2,8 до 4,3 и «Физическая сфера» 2,2 до 3,5.

Таблица №16 - Субъективная оценка качества жизни пациентов ОЗТ (ВОЗ КЖ - 100)

Наименование шкал	В начале проекта		Через 3 месяца		Через 6 месяцев		Через 9 месяцев		Через 12 месяцев		P
	Баллы	Доверительный интервал среднего	Баллы	Доверительный интервал среднего	Баллы	Доверительный интервал среднего	Баллы	Доверительный интервал среднего	Баллы	Доверительный интервал среднего	
Духовная сфера	3,1	±0,4	4,2	±0,3	4,6	±0,27	4,7	±0,27	4,7	±0,27	<0,01
Окружающая среда	2,8	±0,2	3,5	±0,3	3,7	±0,32	3,8	±0,33	3,8	±0,33	<0,01
Психологическая сфера	3	±0,2	3,7	±0,2	3,9	±0,27	3,8	±0,2	3,9	±0,22	<0,01
Социальные отношения	2,8	±0,3	3,6	±0,2	4,1	±0,2	4,3	±0,18	4,3	±0,18	<0,01

Уровень независимости	2,8	±0,2	3,3	±0,2	3,3	±0,2	3,4	±0,2	3,4	±0,2	
Физическая сфера	2,2	±0,3	3,2	±0,3	3,5	±0,2	3,4	±0,2	3,5	±0,2	<0,01

Характеризуя сферу антисоциальной деятельности пациентов, были получены следующие результаты. Привлекалось к уголовной ответственности без направления в исправительно-трудовые учреждения 3 человека (6,25 %). Было осуждено однократно 19 пациентов (39,58%), повторно осужденных два и более раз - 16 участников проекта (33,3%).

По данным опросника ИТЗ отмечается стопроцентное снижение времени вовлечения в нелегальную деятельность (продажа наркотиков, проституция, продажа украденных вещей и прочее). Вместе с тем, при оценке достоверности, возникают некоторые сомнения в правдивости представленной информации. Два случая вовлечения в криминальную деятельность и привлечения к уголовной ответственности, являются подтверждением не совсем искренних ответов. С другой стороны, в ходе психотерапевтических сессий, проговаривались переживания о возможных, но не совершенных кражах, были определены ценностные приоритеты, исключаящие проблемы с законом. Участники проекта в 100 % случаев отмечают отсутствие «настоящих проблем с законом» в течение последних 30 дней. Нормализацию взаимоотношений в семьях отмечается в 46 случаях (95,8 %), что подтверждается письмами родных и близких участников проекта ОЗТ.

В результате проводимой работы за время реализации проекта 6 участников трудоустроились на постоянное место работы, 12 - зарегистрировались в Центрах занятости в городах Павлодар и Темиртау, четверо получили рабочие специальности (пока без трудоустройства по полученной специальности), 5 пациента стали постоянными волонтерами при ОЦ СПИД. Участники проекта отмечают увеличившееся среднее количество оплачиваемых рабочих дней с 8,8 дня до 13,1 дня.

На рисунке 3 представлена сравнительная оценка занятости пациентов на начало реализации проекта и через год его реализации.

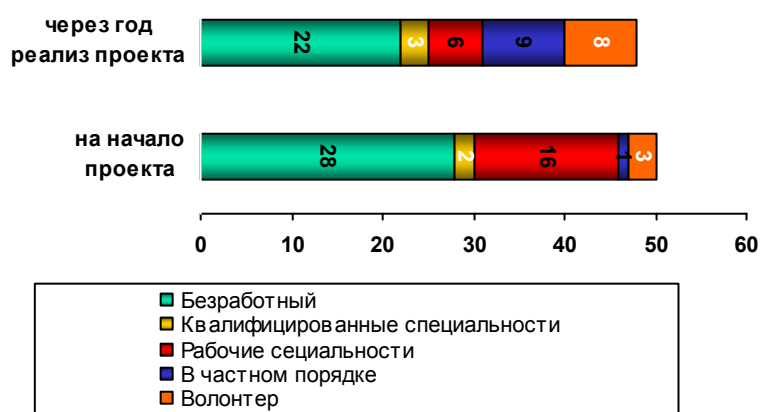


Рисунок 3. Занятость пациентов

## 6. Выводы

В соответствии с поставленными целями пилотного проекта заместительной терапии в Казахстане были оценены результаты и сделаны следующие выводы.

1. Уровень удержания в программе ОЗТ на конец года расценивается как очень хороший, и составил по Павлодарскому региону 72,9 %, по Темиртау

- 75,67 %, в среднем по РК – 74,28 %.
2. На конец года реализации проекта число пациентов, участвующих в программе более 1 года, составило 16 человек или 33,3 % относительно общего количества случаев. Средняя продолжительность участия в программе составляет 9,46 месяца.
  3. Дозы употребления метадона гидрохлорида участниками пилотного проекта соответствуют нижней границе рекомендуемых общемировых терапевтических дозировок (60-80мг): по Павлодару - 59,97 мг в сутки, по Темиртау - 70,6 мг в сутки.
  4. Отмечается снижение частоты и кратности употребления нелегальных наркотических веществ: ежедневный приём наркотиков со 96 % до 0%, кратность употребления наркотика в сутки с 1,5 до 0,1.
  5. Увеличилось количество лиц с полным воздержанием от нелегальных наркотиков от 5 (10%) с третьего месяца реализации проекта до 29 (60,4%) на конец года реализации проекта.
  6. В 73,9 раза снизилось среднее количество дней инъекционного употребления наркотиков в течение последнего месяца (с 28,84 дней до 0,39 дней в месяц).
  7. На 17,4 % увеличилось число лиц, приверженных к АРВ-терапии среди ВИЧ позитивных пациентов проекта ОЗТ.
  8. Усредненный психологический профиль пациентов изменился в сторону нормализации (из уровня психопатии в средний, нормальный уровень), в том числе в аффективной сфере (п.5.2.3.1)
  9. Нормализация взаимоотношений в семьях отмечается в 46 случаях (95,8 %), что подтверждается письмами родных и близких участников проекта ОЗТ. Так же наблюдается положительная динамика в субъективной оценке благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни.
  10. Отмечается стопроцентное снижение времени вовлечения в нелегальную деятельность (продажа наркотиков, проституция, продажа украденных вещей и прочее). При этом необходимо отметить недостаточный уровень достоверности по данному вопросу.
  11. На конец года реализации проекта все пациенты (100 %) отмечают отсутствие «настоящих проблем с законом» в течение последних 30 дней (в начале реализации проекта 4 пациентов было привлечено к уголовной ответственности за ранее и вновь совершенные преступления)
  12. Сократилось количество безработных лиц на 10,2 %, зарегистрированы в Центрах занятости (12 человек) и прошли обучение (4 человека), активно вовлекаются в волонтерскую деятельность (5 человек).
  13. Увеличилось среднее количество оплачиваемых рабочих дней с 8,8 дня до 13,1 дня.

## **7. Предложения и рекомендации**

На основании полученных результатов реализации пилотного проекта ОЗТ в Республике Казахстан рекомендуется следующее.

- 1) ОЗТ рекомендуется для дальнейшего использования как один из методов лечения и реабилитации потребителей наркотиков;
- 2) экономическая эффективность предлагаемого метода лечения будет значима при увеличении количества лиц, находящихся на заместительной опиоидной терапии;



- 3) необходима проработка вопроса взаимодействия с другими медицинскими организациями (а именно выдачи метадона), в случае экстренной или плановой госпитализации участников;
- 4) необходимо включение в учебные планы вопросов ОЗТ на курсах первичной специализации, тематического усовершенствования для врачей-наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, волонтеров, задействованных в наркологической практике, а так же организаторов здравоохранения. Проведение обучающих семинаров (занятий) по ОЗТ в соответствии с расписанием циклов тематического усовершенствования кафедры РНПЦ МСПН;
- 5) проведение обучающих семинаров, семинаров по обмену опытом для сотрудников открывающихся сайтов ОЗТ;
- 6) создание системы мониторинга и оценки программы ОЗТ в Казахстане (сбор информации из уже существующих и вновь открываемых сайтов реализации проекта).

## 8. Библиография

1. Россинский Ю.А. Применение метадона в наркологической практике и программах снижения вреда от незаконного потребления наркотиков: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 59 с,
2. Совместная позиция ВОЗ, УООННП, ЮНЕЙДС «Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа», 2004, 37с.
3. Документ доступен в Интернете по следующим адресам:
  - [http://www.who.int/substance\\_abuse/](http://www.who.int/substance_abuse/)
  - <http://www.unodc.org>
  - <http://www.unaids.org>
4. Веселовская Н.В., Коваленко В.Е. Наркотики. Свойства, действие, фармакокинетика, метаболизм// М. 2000, 206с.
5. Э. Субата, Заместительная терапия метадоном. Информация и рекомендации для работников здравоохранения. Вильнюс, 2001.
6. Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости. Сборник научных статей. Киев, 2001, 166с.
7. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных Управление ООН по наркотикам и преступности//ООН, Нью-Йорк, 2003, 24с.
8. Менделевич В.Д., Субата Э., Асанов Т.К., Власенко Л.В. «Опыт заместительной терапии в странах бывшего СССР и его применимость в России» // Менделевич В.В. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти//Казань, 2004, стр. 198-216.
9. David R. Gibson, Neil M. Flynn, John J. McCarty. " Эффективность метадоновой терапии и снижение риска заражения ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные психоактивные вещества»//Обзор современной психиатрии. Вып. 8(4), год 2000//Киев, 2000, стр.80-92
10. С.О. Тапбергенов, Т.С. Тапбергенов Медицинская и клиническая биохимия, Павлодар, НПФ ЭКО, 2004, 428 с.

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің  
2010 жылғы «\_\_\_» \_\_\_\_\_  
№\_\_\_ бұйрығымен бекітілген

**2008-2009 жылдары Қазақстан Республикасында  
алмаструшы терапия бағдарламасының  
пилоттық жоба есебі**

## Есептің төлқұжаты

Есеп дайындаған ұйымның атауы: «Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығы» РМҚК

Мекен-жайы: Қазақстан Республикасы, Павлодар қ., 140001, Кутузов к., 200

Телефон: +7 7182 60 50 91

Факс: + 7 7182 60 50 53

Эл. пошта: [aks\\_nur@mail.ru](mailto:aks_nur@mail.ru);

Есептің авторы: М.ғ.к., НМӘПРҒП орталығының директоры Нұрлан Бұрханұлы Ережепов.

М.ғ.к., НМӘП РҒПО РМҚК клиникалық наркология бөлімінің басшысы Анар Серікқазықызы Қаражанова

## Мазмұны

1. Кіріспе
2. Орынбасушылық терапия және метадон туралы негізгі мәліметтер
  - 2.1. Жалпы мәліметтер
  - 2.2. Метадон
    - 2.2.1. Физикалық-химиялық сипаттамалар
    - 2.2.2. Сақталуы
    - 2.2.3. Түгенделуі
    - 2.2.6. Қолдану түрлері
    - 2.2.7. Мөлшерленуі
    - 2.2.8. Метадонды жұмсау
3. Қазақстан Республикасындағы орынбасушылық терапияның нормативтік-құқықтық база
4. Қазақстан Республикасындағы орынбасушылық қолдаушы терапия бағдарламасының ұйымдастырушылық аспектілері
  - 4.1. Мақсаттар мен міндеттер
  - 4.2. Атқарылған іс-шаралар
  - 4.3. Персонал
  - 4.4. Жұмыс уақыты
  - 4.5. АОТ өткізудің тәртібі және шарттары
  - 4.6. АОТ өткізу технологиясы
  - 4.7. АОТ бағдарламасының әлеуметтік-психологиялық компоненті
  - 4.8. Қосымша қызметтер
  - 4.9. Жобаның қаржылық сипаттамасы (2008-2009 жылдар)
    - 4.9.1. Шығыстардың негізгі баптары
    - 4.9.2. Шығыстардың жалпы сомасы
    - 4.9.3. Жаңа сайттарды ашу кезінде баптар бойынша ықтимал үнемдеу
5. АОТ бағдарламаларын іске асырудың негізгі нәтижелері және тиімділігінің бағалануы
  - 5.1. Зерттеу барысында бағаланған негізгі зерттеу параметрлері
  - 5.2. Өткізіліп жатқан зерттеу дизайнын, оның процедураларын және кезеңдерін сипаттау
  - 5.3. Ақпаратты жинау және талдау әдістері
  - 5.4. АОТ бағдарламаларының жалпы көрсеткіштері
    - 5.4.1. АОТ пилоттық жобасы бойынша жалпы деректер
    - 5.4.2. Клиникалық сипаттама
      - 5.4.2.1. Метадонның бірінші/бастапқы дозасын сұрыптау
      - 5.4.2.2. Метадонның қолдаушы дозасын сұрыптау
      - 5.4.2.3. Клиникалық-лабораториялық зерттеулердің көрсеткіштері
      - 5.4.2.4. Соматикалық асқынулар, шешу
      - 5.4.2.5. АРВ-терапияға бейімділік
      - 5.4.2.6. Салауаттықты бақылау. ПБЗ инъекциялық қолдану.
    - 5.4.3. Психологиялық әлеуметтік сипаттама
      - 5.4.3.1. АОТ жоба қатысушыларының клиникалық-психологиялық сипаттамасы
      - 5.4.3.2. Емделушілердің әлеуметтік динамикасы.
- Қорытындылар
- Кеңестер және ұсыныстар
- Библиография

## Қолданылған қысқартулар

ДДСҰ	Дүниежүзілік денсаулық сақтау Ұйымы
ЕҚБҰҰБ	Есірткі және қылмыстық бойынша БҰҰ басқармасы
ЮНЕЙДС	АҚТҚ/ЖҚТБ бойынша БҰҰ біріккен бағдарламасы
БҰҰДБ	БҰҰ даму бағдарламасы
ҚРДСМ	Қазақстан республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
ТА ААЕОО	Павлодар қаласында тәуелді аурулардың алдын алу және емдеу бойынша облыстық орталығы (облыстық наркологиялық диспансері)
Теміртау НД	Теміртау қ., наркологиялық диспансері (Қарағанды облысы)
АОТ	Апиынға орынбасушылық терапия
ИЕТ	Инъекциялық есірткіні тұтынушы
АҚТҚ	Адамның қорғаныс тапшылығының көрсеткіші
ЖҚТБ	Жұқтырылған қорғаныс тапшылығының белгісі

## 1. Кіріспе

Қазіргі кезде, психологиялық күйді өзгертетін заттарды кеңінен қолдану өзекті мәселе болып табылады (Б.П. Керфут және бірлескен автор, 2000, Ю. Лит және бірлескен автор, 2000, А.И. Лоскен және бірлескен автор, 2000, Д. Херш және бірлескен автор, 2000, Stenbacka M. et. al., 1993, E.A. Warner, 1993). XX ғасырдың басында наркотизациялаудың ауыртпашылығын сезінуі (В.Е. Пелипас, А.Д. Мирошниченко, 1992, Ивановец және бірлескен авторы, 1997, А.А. Козлов, 2002), оның қоғамға деген ықпалы (Gerstein D. Harwood. 1990 Rice D.P et al 1991 Collins D.J. Lapsley H.M. 1996), сонымен қатар психикалық белсенді заттарды қолданудың қылмыс істеумен байланысы көрінеді (Н.С. Ларин, 1983, Э.Г. Матюзок, 1993, Е.А. Кошкина, 2001).

ДДСҰ мәліметі бойынша XX жүзжылдықтың 80 – ші жылдарының басынан бастап әлемде есірткіге тәуелділіктің таралуы кем дегенде 3,5 есе, ал кейбір аймақтарда ПБЗ тәуелділік індет сипатында ( WHO, 1992) өскен. Атап айтқанда, әлемнің 138 елінде апиынды тәуелдік және есірткіні көктамырға салуды қолдану көкейтесті медициналық - әлеуметтік мәселелердің бірі болып табылады. 9,2 миллион адамның героинды қолданатын адамдарды қосқанда 13,5 миллион адамның апиынды қолданатыны өлшенді. Бұл дүниежүзі халқының 0,2% құрайды. Героинді пайдаланудың жаһандық індетінің таралуы, негізінен, есірткіге тәуелділіктің мен әлеуметтік мәселелердің жоғары деңгейі байқалатын дамушы елдерде, жалғасуда.

Қазақстан Республикасының тәуелсіздігі жылдары есірткіні және психотроптық заттарды қолданудың және нашақорлардың санының ұлғаюының тұрақты өсуі орын алды. Мысалы, егер, 1986 жылы елде есірткіні аса белсенді пайдаланатын ресми есепке алынған жалпы саны 10000 адамға жуық қолданушысы бар барлығы 3 – 4 облыс қана болса, 2002 жылы Қазақстанда мұндай қолданушылардың саны 49736 адамды (ДДСҰ, Орта Азия аймағындағы есірткі жағдайы туралы ақпараттық бюллетень, 2003) құрады. 2001 жылы Қазақстандағы көпдеңгейлі зерттеулердің мәліметтері бойынша халықтың 1,7% есірткілік заттарға, ал 3,1% ішімдікке тұрақты тәуелді (Катков А. Л., Россинский Ю. А., 2002) екен. Басқа зерттеулердің мәліметтері (**БОС**) бойынша 2008 жылы Қазақстанда есірткіні дәрі жіберу арқылы тұтынушылардың саны 130000 адамды құраған, ал ресми статистиканың мәліметтері бойынша ҚР наркологиялық диспансерлерінің есебінде 37549 ИЕТ тұрады, бұл **БОС** 29% құрайды.

Есірткіні қолдану проблемаларының салдарының бірі парентералдық жолмен берілетін инфекцияның, оның ішінде АҚТК инфекциясының, таралуы болып келеді. Қазақстанда АҚТК инфекцияның алғашқы оқиғасы туралы 1987 жылы хабарланды. Статистикаға сәйкес, 2009 жылдың 1 қаңтарына, жағдайларды атаулы тіркеу жүйесіне негізделген, тіркелген АҚТК жұқпалы аурулы тұлғалардың кумулятивті саны 11 709 адамды құрады. АҚТК инфекциясы індетінің дамудағы бірінші өршу 1997 жылы Қарағанды облысының Теміртау қаласында орын алды, онда бір жыл ішінде ИЕК арасында АҚТК инфекцияның 354 жаңа оқиғасы анықталған. Екінші өршу 2001 жылға келді және АҚТК инфекцияның есепке алынғандардың өсуі Павлодар, Оңтүстік Қазақстан, Қарағанды және Батыс Қазақстан облыстарында тіркелді. Бұл ретте барлық анықталған АҚТК инфекциясы оқиғаларының ішінде инъекциялық есірткіні қолданушылардың еншісіне 88% тиді. Жыныстық жолмен жұқтырылғандардың үлесі бар болғаны 5% құрады (2006-2007 жылдардың деректері бойынша). Қазіргі кезде осы аймақтарда көктамырға жіберу жолы арқылы берілетіндердің үлесі орташа 60 % құрайды, ол мамандырылған мекемелердің алдын алу бойынша жұмыстарын көрсетеді.

**СУРЕТ СУРЕТ.....**

1 сурет. 2008 жылы АҚТК инфекция оқиғаларының берілу жолдары бойынша таралуы (n=2335).

Бақылау эпидимиологиялық қадағалау (БЭҚ) қорытындылары бойынша АҚТК жұқтырғандардың таралуы Қазақстандағы есірткіні инъекция арқылы тұтынушылар арасында үнемі өсуде. Сонымен, 2005 жылы олардың саны 3,4%, 2006 жылы -3,4%, 2007 жылы - 3,9%, 2008 жылы - 4,3% құрады. 2008 жылғы ресми статистика деректері бойынша ҚР АҚТК жұқпалы аурулардың инъекциялық есірткіні тұтынушылардың саны 8 200 адаммен көрсетілген. АҚТК-мен (ЛЖВ) өмірсүретін тұлғалардың бағалық саны 14200 құрады.

Эпидимиологиялық жағдайдың деректері бойынша 2008 жылы ҚР келесі облыстарында эпидимиологиялық ахуалдың нашарлануына байланысты АҚТК – инфекциясының жаңа оқиғаларының өсуі 18% құрады, ол: Қостанай облысында 138%; Алматы облысында-135%; Батыс Қазақстанда-130%; Шығыс Қазақстанда -167%; Павлодар облысында -65%; Жамбыл облысында-50%; Қарағанды облысында-25% өсті.

Қазіргі таңда көптеген елдердің тұрғындарына наркологиялық көмек көрсету жүйесі өзгерістерді бастан кешуде. Бұл жағдай есірткіге тәуелділіктің, қосымша жұқпалы аурулардың таралуымен, оған қоса ілесетін жұқпалы аурулардың таралу қаупінің масштабымен және қарқынымен, әсіресе бірінші кезектегі АҚТК/ЖҚТБ таралуымен, сонымен қатар денсаулық сақтаудағы қолданылатын дәстүрлі әдіс – тәсілдердің төмен деңгейдегі тиімділігімен байланысты.

Басты назар алкогольизм мен есірткіге тәуелділікті және кешенді оңалту тәжірибесін қолдануды кеңейтуге, тек дәрі – дәрмекпен емдеу тәжірибесінен шегінуге(В.И. Ревенко және бірлескен автор, 1999, Л.А. Михайлова, 2000; И.Е. Булыгина және бірлескен автор, 2001; Н.Д. Букреева, 2002) аударылады. Бұл ретте, тиімділігі күмән келтірмейтін, есірткіге тәуелділерді медициналық-әлеуметтік оңалтудың кірме, сондай - ақ тұпнұсқалы кешенді (В.В. Батищев, 1998-2000; В.В. Батищев, Н.В. Негериш, 2000; Ю.В. Валентик, 2001; Т.Н. Дудко және бірлескен автор, 2001, М.г: Цетлин, В.Е. Пелипас, 2001; Ю.В. Валентик, Н.А. Сирота, 2002) бағдарламалары қолданылады.

Негізінде жеке аспектілер мен оңалту үрдістері блоктарын үнемі жетілдіру үрдістері (В.В. Батищев, 2000; Т.Н. Дудко, 2000; В.Г. Тактаров, И.А. Новиков, 2001; Ю.В. Валентик, 2002; Ю.В. Валентик және бірлескен автор, 2002) жүргізілуде.

Сонымен қатар, жан - жақты зерттеулер бойынша, толық абстиненцияға жетуді мақсат еткен оңалту бағдарламалармен апиынға тәуелді аурулардың үлкен санын қамту әрекеттері өз өнімсіздігін көрсетті: олардың нәтижесі - жыл бойы аурудың бетінің қайтуы 8-10% аспайды. 90% шамасында оқиғаның пайда болатын аурудың қайталануы аясында дозаны мөлшерден артық қабылдау және/немесе тәуекелді мінез-құлық мүмкіндігі өседі (UNODS зерттеу хаттамасы, 2008 ж.).

Жалпы, есірткіге тәуелділікті емдеу апиынға тәуелді адамдардың әлеуметтік қызметі мен амандығының жақсаруына және маңызды медициналық, әлеуметтік салдардың, оның ішінде АҚТК жұқтырудың алдын алуға көмектеседі. Дүниежүзілік Денсаулық сақтау Ұйымының, есірткі және қылмыстар бойынша БҰҰ Басқармасының, АҚТК/ЖҚТБ бойынша БҰҰ біріккен бағдарламасының (2004) біріккен мәлімдемесінде, апиынға тәуелді барлық жеке тұлғалар үшін тиімді, тек қана жалғыз бір емдеу әдісінің жоқтығы және мұндай тұлғалар үшін түрлі әдістердің жеткілікті арсеналына қол жеткізу мүмкіндігі болуы тиіс.

Дүниежүзілік Денсаулық сақтау Ұйымының ұсыныстарына сәйкес (1998): «Заңсыз есірткіні алмастырушы құрал ретінде заңды есірткіні, дәрі жіберу арқылы ішке қабылдайтын апиынды тұтынушылар үшін орынбасушылық терапия медициналық

бақылау шарты негізінде қол жетімді болуы керек. Мұндай терапия жан-жақты медициналық және әлеуметтік көмек қызметтерінің басты құрамының бірі болуы тиіс».

Орынбасушылық қолдаушы терапия апиынға тәуелділікті емдеудің ең тиімді әдісі болып танылды. Сарапшылардың пікірлері бойынша, осы әдістің көмегімен, апиынға тәуелділікке байланысты - жеке тұлғалардың өздері үшін, олардың отбасылары және жалпы қоғам үшін жоғары шығындарды - ең бастысы героинді тұтынуды қысқарту арқылы - оған байланысты өліммен аяқталу санын азайтуға; АҚТК жұқтыру қаупімен байланысты - мінез-құлық жағдайларын қысқартуға, сонымен қатар қылмыстық мінез-құлықты (ДДСҰ, есірткі және қылмыстар бойынша БҰҰ Басқармасы (ЕКБҰҰБ), АҚТК/ЖҚТБ бойынша БҰҰ біріккен бағдарламасы (ЮНЭЙДС), 2004) төмендетуге болады.



## **2. Метадонды наркологиялық практикада және зиянды төмендету бағдарламаларында қолдану**

### **2.1. Жалпы мәліметтер**

Метадон немесе метадон гидрохлориді синтетикалық, ұзақ уақыт әсер ететін апиынды агонистерге, апиынға тәуелділікті емдеудегі ең кең тараған және фармакологиялық тиімді құрал болып табылады. Ол клиникалық екі көрсеткіштердің бірінде алғашқы терапия үшін қолданылады: қысқа детоксикацияда және апиынға тәуелді емделушілерді ұзақ қолдауда, себебі барлық апиындарға қатысты жақсы толеранттылығы бар және оларды ойдағыдай алмастыра алады; есірткі тұтынушыларға инъекциясыз жүруге мүмкіндік беретіндей ішке қабылдауға болады; ұзақ әсер етеді, демек, басқа есірткі құралдардан айырмашылығы, жиі қолдануды қажет ететін героин сияқтылардан гөрі, - күніне бір рет қабылдануы мүмкін.

Крик (1987) сипаттаған «метадонның маңызды, ерекшелігін әсерлері» деректері мынаған қол жеткізуге мүмкіндік береді:

- апиынды жою синдромының 24 сағатқа немесе одан да көпке дамуының алдын алуға (бұл, қалыпты абстиненцияның бастапқы субъективті белгілерін тоқтауы, сонымен қатар әдеттегі объективті айқындалуы);

- субъективті абстиненцияның ерте көрінуімен немесе қоршаған ортаның ықпалымен немесе екеуімен де бірге байланысты, әдетте апиынға тәуелді тұлғалар сезінетін есірткі аштығын немесе есірткеге деген құштарлықты азайтуға немесе толығымен жоюға;

- кез келген заңсыз есірткіні өз бетімен тұтынған эйфория әсерлеріне блокада жасауға (ол қалыпты көше дозасына көшедегі героинді енгізу кезінде болатын күтілетін түйсіктердің алдын алатын, адекватты немесе «блокада жасайтын» метадонның дозасы болып анықталады).

Апиындылардан тәуелдік терапиясы метадонды белгілеумен басталмайды және аяқталмайды. 1986 жылға дейін терапияның жалғыз міндеті метадонның көмегімен тұрақты төзімділікке қол жеткізу (абстиненция) болған. Тиімді емдеудің өзекті сәті болып қисынды уақыт графигін құрастыру, сонымен қатар тұрақты төзімділікке қол жеткізуге әлі дайын болмаған кезеңде (тұрақты ремиссия) емделушіге көмек көрсету үшін қызметтерде бар көмекті қисынды пайдалану табылады. Сондықтан метадондық терапияның басты міндеттерінің бірі, басқа есірткіні тұтынуды азайту үшін ынталандыру ретінде терапияның осы түрін қолдану болып табылады. Кейбір емделушілер, апиындарды тұтынуын қысқартып, әсіресе героинды, басқа ПБЗ (ОНЖ қоздырғыштары, бензодиазепиндер, алкоголь) тұтынуға көшеді. Яғни, метадондық бағдарламалардың басты міндеті есірткіні тұтынушылардың есірткіден тұрақты бас тартуларына үнемі ықпал ету арқылы қол жеткізу (мотивациялық технология) болып табылады. Мотивациялық сұхбат арқылы (Прохазко мен ДиКлиментемен ұсынылған технология, 1992 ж.) маман есірткіге тәуелді тұлғаларға есірткіні тұтынумен байланысты өзгерінің мінез-құлықтарын өзгертуге және есірткіден аулақ болу жағынан болып жатқан жетістіктерін бекітуге көмектеседі. Бұл міндет метадондық бағдарламалардың маңызды әлеуметтік принциптерін – қоғамда есірткіні заңсыз тұтынудан зиянды азайтуды - айқындайды.

Дегенмен, метадонның мүлде зиянсыз құрал еместігін айтып кету қажет. Оны негізсіз белгілеу мынандай қауіпті салдарға әкеліп соқтыруы мүмкін: мөлшерден тыс қатерлі тұтыну, клиенттің есірткіні тұтынуын көбейтуі, метадонның қара нарыққа түсуі, клиенттермен жұмыс істеу кезіндегі орын алған сәтсіздіктер кезінде наркологиялық қызмет өкілдерінің моральдық азғындауы, апиынды тұтынушылар арасында, сонымен қатар ұқсас ұйымдардың өкілдері арасында наркологиялық қызмет беделінің төмендеуі, клиенттің мотивінің және оның тұрақты ремиссияға қол жеткізу қабілетінің төмендеуі, апиындардан тәуелділіктің пайда болуы (Andrew Preston бойынша цит.) (Ю.А. Россинский, 2006).

Осылайша, есірткіге тәуелді тұлғалардың бұл терапиясын дұрыс және адекватты іске асырған жағдайда АОТ әбден тиімді болып табылады, ол оны көптеген елдерде кеңінен қолдануымен дәлелденеді. Э. Субаттың (2001) деректері бойынша метадонмен қолдаушы терапия бағдарламаларында Испанияда 100 мың тұрғынға 208 адам (1997); Ирландияда - 100 мың тұрғынға 145 (1997); Нидерландта - 100 мың тұрғынға 118 (1997); Италияда-100 мың тұрғынға 112 (1997); Ұлы Британияда – 100 мың тұрғынға 96 (1997); Германияда -100 мың тұрғынға 75 (1997); Австрияда- 100 мың тұрғынға 58 (1997); Францияда-100 мың тұрғынға 0,3 (1996) адам қатысты. R. Newman-ның (2003) деректері бойынша АҚШ-та метадонды қабылдайтын емделушілер саны 180 мың адамды құрайды.

Бұрынғы ССРО елдерінде метадонмен орынбасушылық қолдаушылық терапия алғашқы рет Литвада, Эстонияда және Латвияда енгізілген (1996-1997 жылдар). 2005 жылғы қаңтар айындағы деректер бойынша орынбасушылық терапия бағдарламасы Әзірбайжанда (2004) және Молдовада (2004) іске асырылуда. 2005 жылдан бастап бупренорфинмен орынбасушылық қолдаушы терапия Украинаның 10 аймағында жүргізілді. 2007 жылдың аяғында барлық бағдарламаларға 530 клиент қатысты. Олардың ішінен 200 адам мониторинг және бағалаудың тиімділігінің жобасына кіргізілді. Бұл ретте зерттеушілер бупренорфинмен орынбасушылық терапияның тиімділігін Украинадағы әлеуметтік жағдайлардың контекстінде инъекциялық есірткіні тұтынушылар арасында АҚТК-инфекцияның таралуына қатысты қорғаушы факторы ретінде белгіледі. Қырғызстанда АОТ 2002 жылдан бастап іске асырылады және қазіргі кезде емделушілердің саны 1678 адамды құрайды, қабылдау бойынша 17 пункт, оның ішінде 1 пункт пенитенциарлық жүйеде құрылды.

Бұл ретте, зиянның төмендеуі – ол емделушілердің өмір сүру салтын өзгертуге реалистік емес талаптарды қоймай-ақ, жоғары тәуекелді мінез-құлықтарын өзгертуге көмектесуді мақсат ететін шарала (Des Jarlais DS Friedman S 1993 Marlatt GA 1998 Rileuy D. Sawka E. 1999) екендігін еске саламыз. Егер емделушінің есірткіні тұтынудан бас тартуы мүмкін болмаған жағдайда, есірткіні тұтынуды жалғастырғандықтан қауіпті салдарды азайтуға көмектесетін, оның алдынан қарапайым, бірақ орындалатын міндеттер қою керек. Зиянды төмендету-ол, жеке өмір салтын өзгерудің өз бағдарламасына деген адамның құқығын мойындайтын әдістеме; мінез-құлықтың біртіндеп өзгеруіне ерекше мән береді; есірткіні қолданатындардың өз денсаулықтарын және амандығын жақсарту үшін мотивацияларының барын мойындайды; салауатты өмір сүру жолындағы кедергілерді жоюдың маңыздылығын атап көрсету және есірткіні тұтынушылар үшін денсаулықтарын жақсарту жолдарын іздеуге көмек ұсыну (Gostin L. 1990 Robertson R. 1998).

## **2.2. Метадон**

### **2.2.1. Метадонның фармакологиялық қасиеттері және физиологиялық әсері**

Метадон гидрохлоридінің халықаралық патенттелмеген атауы -6-диметиламин-4,4-дифенил-3-гепагон гидрохлорид.

Өзінің химиялық құрылымы мен қасиеттері бойынша метадон (-6-диметиламин-4,4-дифенил-3-гепагон гидрохлорид) апиынның синтетикалық туындысы болып табылады, апиын агонистеріне ( $\mu$ -апиындық рецепторлардың агонисті), яғни морфии және героинге ұқсас заттарға жатады. Агонистердің басты ерекшелігі олардың тәуелділіктің қалыптасуының патогендік механизміне әсер етуі, ол апиындарды жою синдромын тиімді тоқтатуымен, сонымен қатар мидің апиындық рецепторларына блокада жасау арқылы, оның нәтижесінде бір уақытта ресми емес апиынды есірткілерді қолданудан күтілген әсерді бермейді (ең алдымен мастану), апиындарға (апиын, героин, морфин және т.б.) деген құштарлығын (екінші рет қолдану) басады.

Метадон липоидтарда, біздің ағзаның майға ұқсас заттарында, ериді сондықтан ол асқазан жолынан қанға жеңіл жетеді. Оның ыдырауы бауырда болады, еске сала кететін жайт, бауырдан бірінші рет өткенде, ол күрделі метаболизмге ұшырайды.

Метадон альбуминмен және басқа да плазманың протеиндерімен жақсы байланысады, одан басқа, кез келген мүшемен, оларға зиян келтірмей жеңіл кумуляцияланады, дәлірек: өкпемен, бүйрекпен, бауырмен, көк бауырмен. Метадонның концентрациясы қаннан гөрі осы мүшелерде жоғары болып келеді. Ағзадағы метадонды сақтау орындарымен мен қан арасындағы баяу «тауар» алмасу болады. Метадон қанда болғанда белсенді, сондықтан, бас миына жетуі мүмкін. Егер, метадон жоғарыда аталған қоймаларда болғанның өзінде де, емделуші/клиент оның әсерін заттың тек қанға барғанында ғана сезінеді.

Метадонның метаболиттері ағзадан зәр және кал арқылы шығады. Одан басқа, пероральді қабылданған, меңгерілмеген метадонның 10%-ы, ағзадан несеп шығару және дефекация кезінде шығады. Метадонды сілекейде және терде де табуға болады.

Метадонның көп концентрациясы асқазандық шырында болады. Екіқабат болған кезде оның плаценттік қандағы мөлшері ана қанындағы концентрациясының 50% дейін құрайды.

Есірткіні жартылай шығару мерзімі оның шарықтау концентрациясының мөлшері 50% дейін төмендеген уақытпен байланысты. Диаорфиннің (героиннің) жартылай шығу мерзімі шамамен үш минутқа тең. Ал метадонның жартылай шығу мерзімі, бірінші доза ма немесе жалпы терапияның ұзақ курсының бөлігі ме, соған байланысты.

Метадонды ұзақ уақыт пайдаланған кезде оған деген толеранттылығы жоғарылай бастайды және тәуелділік пайда болады. Препараттың эйфориялық әсері аз және терапевтік мөлшерден көп асқан кезде, жоғары дозаларда көрінеді.

Доул мен Нисвандердің (1966) метадонның қолдаушы мөлшері күніне 80-120 мг құрайды деген алғашқы ұсыныстары кезінен, практикада метадонның мөлшерленуі рационалды деректер мен дұрыс клиникалық шешімнен гөрі көбінесе бағдарламаның саясаты мен философиясымен белгіленген. Практикада метадондық қолдаушы терапияның көптеген нұсқалары бар. Д. Аунноның (J. Thomas Payte Elizabeth T. Khuri цит. бойынша) жүргізген зерттеулері емделушілердің 50% астамы метадонның субоптималды мөлшерлерін алады, ол есірткіні қолданудан бас тартуға жеткіліксіз. Бұл мөлшерлеу түрлері «төмен мөлшерлі» және «жоғары мөлшерлі» бағдарламалар сияқты белгіленеді.

J. Thomas Payte Elizabeth T. Khuridің айтуларына, субтерапевтік мөлшерлері бар метадондық бағдарламалар арасында ең ұқсасы және кейбір зерттеулерге сүйене отырып, метадонның адекватты, жеке және клиникалық сұрыпталған мөлшерлері, заңсыз есірткіні тұтынуын азайтады және емделушілерді бағдарламада ұстап қалуын жақсартады (J. Thomas Payte Elizabeth T. Khuri цит. бойынша).

Ким Вольфтің және біріккен автордың зерттеулері (1991) метадонның плазмадағы концентрациясы (қандағы метадонның оптималды деңгейі) мен оптималды терапевтикалық мөлшері арасындағы байланыс, қандағы метадонның орта деңгейі 400 нанограммы миллилитрге 80 мг мөлшеріне сәйкес келетінін көрсетті, ол терапевтикалық тиімділіктің идеалдық деңгейі ретінде ұсынылуы мүмкін.

Осылайша, клиникалық ғылыми деректер әдетте адекватты мөлшерді 80-120 мг диапазонда белгілейді (Ю.А. Россинский, 2006).

### 2.2.2. Сақталуы

Қазақстан Республикасында ҚР ішкі істер министрінің 16.02.2001 жылғы нұсқаулықты бекіту туралы «Есіркі заттарды, психотроптық заттарды және прекурсорларды айналымы саласында объектілерді және жайларды пайдалануға рұқсат беру тәртібі туралы» №141 бұйрығына, «Тізімнің II, III, IV кестесінің есірткі заттарды, психотроптық заттарды және прекурсорларды айналым саласында пайдаланатын үшінші топ объектілерінің жайларында ұсынылатын, техникалық нығайту, қорғау, өртке қарсы сигналдаумен жабдықтау бойынша талаптардың» 4 тарауына, «Сақтау үшін жайды техникалық нығайтудың» 71 тарауына сәйкес метадонның гидрохлоридінің сақталуы

арнайы жабдықталған (бір есігі бар, сыртқы қабырғасы іргелі, ішкі қабырғалары иесіз жайлармен немесе басқа ұйымдарға жататын жайлармен жалғаспаған, есіктері листік болатпен, ал әйнектері – болат торлармен бекітілген), автономиялық дыбысты сигналдаумен жабдықталған жайларда жүзеге асырылады.

Ұйымның ішкі бұйрығымен метадон гидрохлоридін сақтау үшін жайға кіруге рұқсаты бар тұлғалар бекітілген. Жұмыс аяқталған соң жай және сейф мөрлеп тасталады. Кілт есірткі заттарды, психотроптық заттарды және прекурсорларды сақтау, түгендеуге жауапты, материалды жауапты тұлғада сақталады.

АОТ пилоттық бағдарламасы шегінде метадон гидрохлориді ерітіндісінің сақталуы Алматы қаласындағы «L-фарма» ЖШС дәріхана қоймасында белгіленген талаптарға сәйкес жағдайда жүзеге асырылады.

### 2.2.3. Түгендеу

Метадон ҚР 1998 жылдың 10 шілдесіндегі «Есірткі заттар, психотроптық заттар, прекурсорлар және олардың заңсыз айналымына қарсы шаралар» туралы №279 Заңының ұлттық бақылауға жататын және ҚР ИМ есірткі бизнесімен және есірткі айналымын бақылау бойынша Комитеті органдарының қатаң заттық-сандық есебінде тұратын, II тізіміне кіреді.

Қажетті сақталуын, түгендеу және метадонды пайдалануды қамтамасыз ету үшін ТА ААЕОО (Павлодар облыстық наркологиялық диспансері) және Теміртау қ., ҚНД (Теміртау қ., қалалық наркологиялық диспансері) бойынша бұйрықтармен метадон гидрохлоридін босату және сақтау үшін жауапты тұлғалар тағайындалды.

Заттық-сандық есепті және метадонды босатуды қамтамасыз ету үшін медициналық ұйымның басшысының қолымен және мекеме мөрімен куәландырылған, сонымен қатар Павлодар облысы бойынша ҚР ДСМ фармацевтикалық бақылау комитетінің департаменті директорының қолымен (Павлодар бөлімшесі үшін) және Қарағанды облысы (Теміртау қ., бойынша) оған қоса екі облыстағы осы мекеме мөрімен куәландырылған келесі журналдар жүргізіледі:

- 07.04.2005 жылғы № 173 бұйрығы бойынша «ҚР бақылауға жататын есірткі заттарды, психотроптық заттарды және прекурсорларды медициналық мақсатта пайдалану Ережелеріне» сәйкес қоймаларда және медбике постарында есірткі заттарды, психотроптық заттарды және прекурсорларды есепке алу – қоймадан жіберу журналы;

- 07.04.2005 жылғы № 173 бұйрығы бойынша «ҚР бақылауға жататын, есірткі заттарды, психотроптық заттарды және прекурсорларды медициналық мақсатта пайдалану Ережелеріне» сәйкес қоймаларда және медбике постарында есірткі заттарды, психотроптық заттарды және прекурсорларды есепке алу – емделушілерге беру журналы;

Сонымен қатар пилоттық жоба аясында емделушілердің метадон гидрохлоридін алуы туралы журнал жүргізілуде.

### 2.2.4. Қолдану түрлері

Метадонды шығарудың әр түрлі формалары бар- ішкері қабылдау үшін ерітіндіден инъекциялау үшін арналған ерітіндіге дейін.

Павлодардағы ТАААЕОО және Теміртау қ., НД ішкері қабылдау үшін арналған, «Rusan Pharma Ltd» (Үндістан) өндірген, 150 мл шишада концентрат түрінде импортталған, метадон гидрохлориді, 1% сироп түрінде қолданылады ішке қабылдау үшін ұсынылған.

Тәулігіне бір рет (ауыз арқылы ішкері) пероралды қабылданады. Метадонды қабылдағаннан кейін кәдімгі сумен жұтады.

### 2.2.5. Мөлшерленуі

Теміртау қ., «Наркологиялық диспансерінде» және Павлодар қ., «Тәуелді аурулардың алдын алу және емдеу бойынша облыстық орталығында» метадонның

мөлшерленуі түрлі ыдыс және конструкциялы, механикалық мөлшерлеуіштерді қолданумен жүргізіледі. Бірақ екі мекемеде де метадонның мөлшерленуі келесі пропорцияға сәйкес келеді: ерітіндінің 1 мл-да 10 мг метадон гидрохлориді бар.

### 2.2.6. Метадонның жұмсалуды

Қазақстанда АОТ пилоттық бағдарламаларын іске асыру үшін 2008 жылы метадон гидрохлориді ерітіндісі сатып алынған. Өнім беруші фирма болып «L-фарма» ЖШС табылады. Жалпы сатылып алынған зат 1841 грамды құрады (осы есептің 4.2 тармағында жете көрсетілген). Метадонның жұмсалуды 1 және 2 кестеде ұсынылған.

1 кесте – Метадон гидрохлоридінің орташа жылдық жұмсалуды

Аймақ	Жобаның іске асырылуындағы бір жылда препараттың жұмсалуды (мг)	1 емделушіге жылына препараттың орта саны (мг)	1 емделушіге орташа тәулік мөлшері
Қазақстан Республикасы	1128873	22169,7	65,28
Павлодар қ.	530080	20387,69	59,97
Теміртау қ.	598793	23951,72	70,6

2 кесте -2008-2009 жж. метадон гидрохлоридінің орташа жылдық жұмсалуды

Айлар	Павлодар қ.			Теміртау қ.		
	Метадонның саны (мг)	Бір емделушіге есептегендегі метадонның орташа саны (мг)	Метадонның орташа тәуліктік мөлшері (мг)	Метадонның саны (мг)	Бір емделушіге алғанда метадонның орташа саны (мг)	Метадонның орташа тәуліктік мөлшері (мг)
Қараша 2008	16330	1176,2	36,7	11321	964	60,25
Желтоқсан 2008	27395	1243,1	40,1	36192	1651,2	53,2
Қаңтар 2009	51220	1925,5	62,11	60244	2409,8	77,7
Ақпан 2009	43395	1735,8	61,99	45836	1833,4	65,47
Барлығы 3 айда	122010	6080,6		142272	6858,4	
Наурыз 2009	45360	1744,6	56,27	46264	1869,6	60,3
Сәуір 2009	46625	1810,7	60,35	48241	1969,4	65,64
Мамыр 2009	58100	2201,7	71,0	58743	2469,9	79,6
Барлығы 3 айда	150085	5757		153248	6308,9	
Маусым 2009	43645	1661,9	55,3	46545	1987,1	66,2
Шілде 2009	52960	2213,6	71,4	67447	2697,9	87,02
Тамыз 2009	46570	1791,2	57,78	49740	2186,2	70,52
Барлығы 3 айда	143175	5666,7		163732	6871,2	
Қыркүйек 2009	56460	2222,9	74,09	60180	2616,5	87,2
Қазан 2009	42020	1680,8	54,2	45809	2082,2	67,2
Қараша 2009	42605	1655,2	55,1	43965	1998,4	66,6
Барлығы 3 айда	141085	5558,9		149954	6697,1	

1 және 2 кестелерде ұсынылған деректердің талдауы Павлодар қаласының пилоттық жобаға қатысушылары мен метадон гидрохлоридінің Теміртау қаласымен салыстырғанда (тәулігіне 706, мг) аз мөлшерде (тәулігіне 59,97 мг) қолдануымен айғақталады. Сонымен қатар берілген мөлшерлер ұсынылған дүниежүзілік терапевтикалық мөлшерлердің (60-80 мг) төменгі шегіне сәйкес келеді. Метадонның ең аз терапевтикалық жұмсалуды, біздің ойымызша, бірнеше себептермен байланысты. Біріншіден –емделушілерді жобаға ұзақ уақыт жинау. Орынбасушылық терапия әдісі ҚР

аумағына алғашқы рет енгізілді, ол да клиницистердің жұмысына және препараттың белгіленген мөлшерлеріне сәйкес өз ерекшеліктерін енгізді. Емделушілердің бір бөлігі метадонның орта терапевтикалық мөлшерлерін бұрыннан алған, ал тағы бір бөлігі осы кезде мөлшерді сұрыптау фазасында болды. Екіншіден – Павлодар облысы және Теміртау қаласы аймағында заңсыз есірткіні бұрыннан тұтынудың жиілігімен байланысты. Дәрігер-нарколог метадонның кез келген мөлшерін белгілеу кезінде, ең алдымен, емделушіні қараудың объективті деректерін және клиенттің субъективті түйсіктерін негізге алған. Психологиялық және физикалық күйі қанағаттанарлықты болғанда метадонның мөлшері адекватты болып саналған және қосымша белгілеулерді қажет етпеген. Әр емделушінің есірткіге деген өзінің белгілі толеранттылығы болады деген аксиомаға сүйене отырып, жобаға енгізілуге дейін қолданылған заңсыз есірткіге аз ғана жоғары толеранттығы туралы болжам жасау мүмкін болды (емделушілердің сөздеріне қарағанда героиннің тәулік бойғы орташа мөлшері 1,0-3,0 граммды құрады).

Осылайша таралатын заңсыз есірткі заттардың жиілігінің деңгейі туралы қорытынды жасау мүмкін болды.

### **3. Қазақстан Республикасындағы орынбасушылық терапияның нормативтік құқықтық базасы**

Қазақстанда орынбасушылық терапия туралы алғашқы рет 2005 жылдың 25 қыркүйегінде ҚР денсаулық сақтау министрінің төрағалығымен өткен мәжілісте пилоттық жобаны енгізу туралы шешім қабылданғанда айтылған.

2005 жылдың желтоқсанында ҚР денсаулық сақтау министрі 2005 жылғы 08 желтоқсандағы «Орынбасушылық терапияны енгізу» туралы №609 бұйрыққа қол қойылды, оған сәйкес 2006 жылы жыл бойы Павлодар және Қарағанды қалаларында тұратын героинге тәуелді, АҚТК ауыратын 50 тұлға үшін АОТ пилоттық жобасын енгізу қарастырылған. Бұйрыққа «Метадондық терапия үшін белгілеу көрсеткіштері және контингентті іріктеу критерилері» қосымша болып келді. Осы бұйрыққа сәйкес пилоттық жобаның орындалуына Ғаламдық Қордың қаржылық қолдауымен ҚР ДСМ мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық бақылау Комитеті, сонымен қатар ЖҚТБ АО жауапты органдар болып табылады. Бақылауды ҚР ИМ ҰҚК жүзеге асырады.

2006 жылдың 13 наурызында ҚР денсаулық сақтау Министрлігімен «Наркологиялық практикада және заңсыз есірткіні тұтынудан зиянды төмендету бағдарламаларын қолдану» әдістемелік ұсыныстары бекітілді.

Ұлттық «2006-2010 жылдары Қазақстан Республикасында ЖҚТБ індетіне қарсы тұру жөніндегі бағдарламасындағы» (ҚР Үкіметінің 2006 жылдың 15 желтоқсанындағы №1216 Қаулысы) 5.3. тармағында да орынбасушылық терапия бойынша «Есірткіні енгізу зиянын төмендету стратегиясын іске асыру» пилоттық жобасын енгізу көрсетілген.

Келесіде, тек 2008 жылы метадонды елге әкелуді қамтамасыз ету үшін іс жүзінде қосымша әрекеттер жасалды. Үкіметтің 2007 жылдың 18 қазанындағы «2008 жылға ҚР есірткі заттардың, психотроптық заттардың және прекурсорлардың қажеттілік нормалары туралы» №960 Қаулысына сәйкес Павлодар және Теміртау қалаларында (әр қалада 25 адамнан) екі пилоттық жобаның іске асырылуын бастау үшін метадон гидрохлоридінің 1841 грамын әкелуге рұқсат берілді. Пилоттық жобалар «Наркологиялық диспансер» ҚМКК (Қарағанды облысы Теміртау қ.) және «Тәуелді аурулардың алдын алу және емдеу бойынша облыстық орталығы» (Павлодар қ.) базаларында жүргізілуде.

Метадон гидрохлориді препараты елімізде дәрі-дәрмек құралы ретінде тіркелмегеніне байланысты, оның Қазақстанға әкелінуі ҚР есірткі заттарына қажеттілік нормасының анықтамасы және мемлекеттік квота бойынша ұлттық Ережені сақтау үшін негіздеменің ұсынуы бойынша (ҚР «Дәрі-дәрмек құралдары туралы» Заңының 28 б. 3 т. 3 тт.-, туберкулезбен, маляриямен, ЖҚТБ РО ММ және ЖҚТБ-мен күресу бойынша Ғаламдық Қорының Гранты туралы Келісіміне сәйкес, инъекциялық есірткіні

тұтынушылардың АҚТК-жұқпалы аурулар үшін орынбасушылық терапия жобасын іске асыру аясында, сирек кездесетін және/немесе аса ауыр ауруларды емдеу үшін) ҚР ДСМ фармацевтикалық бақылау Комитетінің арнайы рұқсаты негізінде жүзеге асырылады.

АОТ пилоттық жобаларын жүзеге асыру кезінде келесі халықаралық және республикалық заңнамалық актілерге сүйенді:

-1961 жылғы «Есірткі заттары туралы» Конвенция, 1972 жылғы 25 наурыздағы өзгертулерімен. Бірыңғай Конвенцияның «Жалпы міндеттері» туралы 4- бабына сәйкес, Конвенцияның барлық ережелерін орындаған кезде тараптарды «өз аумақтары шегінде... күшіне енгізу...» және «... өндірісін, өндірілуін, тасылуын, әкелінуін, есірткі құралдардың үлесуін, олардың сатылуын және олардың тұтынылуы мен сақталуын тек қана медициналық және ғылыми мақсаттармен шектеу.....» үшін қажет болуы мүмкін заңнамалық және әкімшілік шараларды қабалдауға міндеттейді. 1998 жылдың 1 шілдесіндегі №257-1 бұйрығы шегінде Қазақстан қол қойды.

- ҚР 1971 жылғы №249-1 бұйрығына сәйкес психотроптық заттар туралы Конвенциясына ҚР 29.06.1998 жылы қосылды. Бұл заңнамалық акт жаңа психотроптық заттардың түрлерін, ОНЖ қоздырушы (амфетаминдер), седативті, ұйықтататын, галлюциногендіктер (ЛСД, мескалин және басқасы) халықаралық бақылау жүйесінің таралуын қолдайды. Елдер (тараптар) бастама бойынша тізімге қосымшалар енгізді. Тағы да заңнаманы қасақана бұзғаны үшін қылмыстық жауапкершілік белгіленді.

- 1998 жылдың 29 маусымындағы ҚР № 246-1 бұйрығына сәйкес БҰҰ 1988 жылғы «Есірткі заттардың және психотроптық заттардың заңсыз айналымына қарсы күрес туралы» Конвенциясына қол қойылды. Бұл құжатта «Есірткі заттардың және психотроптық заттардың, сонымен қатар прекурсорлардың -есірткі заттарды және психотроптық заттарды заңсыз дайындау кезінде пайдаланатын заттар, оларға қатысты сондай рұқсат беретін шаралар қабылданған, заңсыз айналымына қарсы күрес туралы» шаралары айтылған.

- 2009 жылдың 18 қыркүйегіндегі № 193-IV бұйрығы негізінде ҚР «Халықтың денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексіне қол қойылған соң 04.06.2003 жылғы «ҚР денсаулық сақтау жүйесі туралы» Заңының күші жойылған.

- 1998 жылдың 10 шілдесіндегі ҚР «Есірткі заттар, психотроптық заттар, прекурсорлар және олардың заңсыз айналымына қарсы тұру шаралары туралы» №279 Заңы.

-29.11.2005 жылғы ҚР Президентінің «2006-2014 жылдарға ҚР нашақорлықпен және есірткі бизнесімен күресу Стратегиясын бекіту туралы» № 1678 Жарлығы.

-ҚР Үкіметінің 2000 жылғы 10 қарашадағы «ҚР есірткі заттардың, психотроптық заттардың, прекурсорлардың айналымына мемлекеттік бақылау жүзеге асыру Ережелерін бекіту туралы» № 1693 Қаулысы.

-2003 жылдың 25 желтоқсанындағы ҚР Үкіметінің «Нашақорлық және есірткі бизнесінің алдын алу және қарсы тұру жөніндегі жұмысын координациялау сұрақтары бойынша Ведомствааралық комиссиясын құру туралы» № 1316 Қаулысы.

-2005 жылдың 7 сәуіріндегі ҚР ДСМ «ҚР бақылауға жататын есірткі заттарды, психотроптық заттарды, прекурсорларды медициналық мақсаттарда пайдалану Ережелерін бекіту туралы» № 173 бұйрығы.

-2000 жылдың 24 сәуіріндегі ҚР ДСМ «Амбулаторлық және стационарлық аурулар үшін есірткі дәрі-дәрмектердің қажетті есептік нормативтерін бекіту туралы» № 234 бұйрығы.

16.02.2001 жылғы ҚР Ішкі Істер Министрінің «Есірткі заттар, психотроптық заттар, прекурсорлар айналымы саласында объектілер мен жайларды пайдалануға рұқсат беру тәртібі туралы» №141 бұйрығы.

-08.12.2005 жылғы ҚР ДСМ «Орынбасушылық терапияны енгізу туралы» №609 бұйрығы.

-15.12.2006 жылғы ҚР Үкіметінің «2006-2010 жж. ҚР АҚТК/ЖҚТБ індетіне қарсы тұру жөніндегі Бағдарламаны бекіту туралы» № 1216 (3.13 т.) Қаулысы.

- 17.10.2007 жылғы «2008 жылға ҚР есірткі заттардың, психотроптық заттардың, прекурсорлардың қажеттілігінің нормалары туралы» №960 Қаулысы.

-13.03.2006 жылғы ҚР ДСМ бекітілген «Метадонды наркологиялық практикасында және заңсыз есірткіні тұтынудан зиянды азайту бағдарламаларында қолдану» туралы әдістемелік ұсыныстары.

#### **4. Қазақстан Республикасындағы орынбасушылық қолдаушы терапия бағдарламаларының ұйымдастырушылық аспектілері**

##### **4.1. Мақсаттары және міндеттері**

АОТ пилоттық жобаның басты мақсаты Қазақстан Республикасы аумағында метадон мен орынбасушылық терапия әдісін қолданудың мақсатқа сәйкестігін негіздеу үшін апиынды нашакорлықпен ауыратын тұлғалардың, апиынды орынбасушылық терапияның тиімділігін бағалау болып табылады.

Қосымша мақсаттар ретінде келесілер белгіленді:

А) ИЕТ (инъекциялық есірткіні тұтынушы) –ең әлсіз топ ішінде індет жұқтырудың алдын алу арқылы ҚР АҚТК/ЖҚТБ індетіне қарсы тұру;

Б) АРТ-терапиядағы тұлғалардың, АРВ- терапияға ұстаушылығын ұлғайту;

В) АОТ емделушілерінің өмір сапасын және әлеуметтік қызмет етулерін жоғарылату;

Пилоттық жобалардың міндеттеріне енді:

- 1) АОТ емделушілерінің негізгі клиникалық көріністерінің динамикасындағы жалпы заңдылықтарды зерттеу;
- 2) АОТ емделушілерінің негізгі психологиялық көріністерінің динамикасындағы жалпы заңдылықтарды зерттеу.
- 3) АОТ емделушілерінің негізгі әлеуметтік көріністерінің динамикасындағы жалпы заңдылықтарды зерттеу;

##### **4.2. Атқарылған іс-шаралар**

АОТ пилоттық бағдарламаларын іске асыру шеңберінде шартты түрде төрт блокқа бөлінген келесі іс-шаралар атқарылды:

А. АОТ жобасын іске асыру дайындығы бойынша жалпы іс-шаралар;

Б. Метадон беру пункттеріндегі дайындық бойынша іс-шаралар;

В. Жобаны іске асыру барысында қарылған іс-шаралар;

Г. Жобаның іске асырылуын жалғастыруға дайындық бойынша іс-шаралар.

А. АОТ жобасын іске асыруға дайындық бойынша жалпы іс-шаралар:

1) 2008 жылғы 28 қаңтарда ЖҚТБ РО мен өндіруші «L-фарма» ЖШС арасында метадонды әкелуге №08-21 комиссия келісімшартына қол қойылды.

2) 2008 жылғы 24 наурызда жоғарыда көрсетілген келісімшартты орындау шеңберінде «L-фарма» ЖШС есірткі заттары айналамымен байланысты қызметтің Мемлекеттік лицензиясына КБН қосымшасын алды.

3) 2008 жылғы 17 сәуірде «L-фарма» ЖШС 1841 г. мөлшерде метадон әкелуге рұқсат алды.

4) 2008 жылдың тамыз айында есірткіні бақылау бойынша Халықаралық бюро (INCB) өзінің сайтында Қазақстанға апаруға болатын есірткі заттардың тізімін орналастырды, оның ішінде метадон да бар.

5) 2008 жылдың қыркүйек-қазан айларында ҚР-на метадонды сатып алу және жеткізу жүзеге асырылды.

6) 2008 жылғы 08 қазанда «Теміртау қаласының наркологиялық диспансері» ҚМҚК және Павлодар қ. «Тәуелді аурулардың алдын алу және емдеу облыстық орталығы» МҚҚК және ЖҚТБ РО-мен келісімшарттарға қол қойылды. Осы



келісімшарт бойынша пилоттық жобаның енгізілуі аймақтың наркологиялық қызмет мекемелері базасында орналасқан АОТ пункттері арқылы жүргізіледі.

7) АОТ жүргізу алдында критерийлерге сәйкес емделушілердің іріктелуі жүргізілді (ДСМ 2005 жылғы 08 желтоқсандағы №609 бұйрығы), жобаға қатысуға хабардарлық келісім алынды.

8) АОТ жобасының іске асырылуы 2008 жылдың 29 қазанынан Павлодар қаласында, 2008 жылдың 10 қарашасынан Теміртау қаласында басталды.

9) Пилоттық сайттардан келіп түскен тапсырыстарға, келісім-шарттарға және т.б. қатысты ЖҚТБ РО НД-мен (Теміртау қ., және Павлодар қ.) тікелей жұмыс істейді.

Ә. Метадон беру пункттеріндегі дайындық бойынша іс-шаралар.

1. Павлодар және Қарағанды облыстарының облыстық денсаулық сақтау департаменттерімен АОТ енгізу туралы бұйрықтар шығарылды (Павлодар қ. бойынша 2006 ж. 29 қазандағы №426 бұйрық, Теміртау қ. бойынша 2008 жылғы 30 қазандағы №578 бұйрық).

2. Павлодар және Теміртау қалаларының наркологиялық диспансерлері метадонды тиісінше сақтау, түгендеу, қолдану және босатуды қамтамасыз ету үй-жайларына ішкі істер департаменттерінің мемлекеттік лицензияларын алды.

3. Сонымен қатар Павлодар және Теміртау қалаларының наркологиялық диспансерлеріне есірткі заттары, психотроптық заттар және прекурсорлардың айналымымен байланысты қызмет түрлеріне денсаулық сақтау департаменттерінің мемлекеттік лицензиялары берілді.

4. 2008 жылдың қыркүйек-қазан айларында метадонды босату кабинеттері ұйымдастырылды және онда жөндеу-техникалық жұмыстары жүргізілді (метадонды босату кабинеттерінде терезелері темір тормен шарбақталған, темір есіктер орнатылған).

5. Жоба бюджетіне салынған құрал-жабдықтар, оның ішінде сейфтер, дозаторлар, біржолдық пластик стақандар, пластик түтікшелер, зәрдегі ПБЗ метаболиттерін анықтау үшін экспресс тест-жолақтары, компьютерлер, еденде тұратын таразы, және т.б. сатып алынды.

6. Штаттық кестеде қарастырылған қызметкерлер штаты құрастырылды және олардың түрлі семинарларда оқытылуы жүргізілді (Вильнюстің тәуелдік терапия орталығы 2002, Нашақорлардың медициналық-әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығы 2005, 2008 жылдары, Бішкек, Павлодар мен Теміртау қалаларына кеңеспен және орындарда оқытумен клиникалық сұрақтар бойынша халықаралық эксперттің шығуы).

7. Келесі технологиялармен жұмыстар атқарылды:

а) емделушілердің АОТ бағдарламасына енуі және шығуы;

б) амбулаторлық жағдайда метадонның бастапқы және қолдаушы мөлшерлерін іріктеп алу;

в) амбулаторлық жағдайда психикалық түзету іс-шараларын жүргізу;

г) АОТ бағдарламасына қатысудан бас тарту нұсқаларына байланысты детоксификациялар;

д) заңсыз есірткінің барына емделушілердің зәрін тестілеу;

е) емделушілердің туыстарымен өзара әрекет;

ж) емдеудің жеке жоспарын әзірлеу және өткізіліп жатқан терапияның тиімділігін бағалау;

з) есірткіні тұтынудан толық бас тартуды қарастыратын оңалту бағдарламаларына қатысуға ынталандыру.

8. Дайындалған үй-жайларға 2008 жылдың қазан айында метадон гидрохлоридінің субстанциясы әкелінді.

Б. Жобаны іске асыру барысында атқарылған іс-шаралар:

1) Дворяк мырзамен клиникалық кеңес өткізілді (2008 ж., сәуір), ұсыныстар берілді;

2) пилоттық сайттардың қызметкерлері Халықаралық ұйымның қаржылық қолдауымен 2008-2009 жылдары тренингтерге, конференцияларға, танысу сапарларына қатысты (АОТ бойынша аймақтық кеңестер, UNODS, 2008 жылы Бішкек қаласында, СААР – Вильнюс қаласына сапар: пилоттық жобаның нарколог дәрігерлері үшін семинар);

3) 2009 жылы UNODS қолдауымен ҚР ДСМ, ЖҚТБ РО АОТ пилоттық жобасын іске асыру жұмыстары бойынша кеңестер мен дөңгелек үстелдер өткізілді;

- Астана қ., 2009 жылдың 27 ақпаны. Қазақстандағы апиынды орынбасушылық терапияға қолжетімділікті кеңейту жөніндегі отырыс;

- Астана қ., 2009 жылдың 22 маусымы. ҚР ДСМ апиынды орынбасушылық терапия жөніндегі пилоттық жобаны енгізу қорытындылары бойынша отырыс;

-Астана қ., 2009 жылдың 16 қазаны. Вице-министр Т.А. Вощенконың төралығымен апиынды орынбасушылық терапия жөніндегі Ведомствоаралық жұмыс тобының отырысы;

-Астана қ., 2009 жылдың 22 желтоқсаны. «Тиімді наркологиялық көмек: заманауи әдістемелер» атты семинар;

-Астана қ., 2009 жылдың 22 желтоқсаны. Апиынды орынбасушылық терапияның пилоттық жобасын енгізудің нәтижелері бойынша Ведомствоаралық жұмыс топтары мүшелерінің қатысуымен дөңгелек үстел басындағы отырыс;

4) Қазақстанда АОТ кеңейту сұрағын қарастыру мақсатында 2009 жылғы 04 қыркүйектегі №449 бұйрықпен ҚР ДСМ жанында АОТ бойынша, 15 адамнан тұратын ведомствоаралық жұмыс тобы құрылды, басшысы Т.А.Вощенко, хатшысы А.Н. Катренова. ҚР ДСМ «ҚР ДСМ2009 жылғы 04 қыркүйектегі №449 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы» бұйрығына қол қойылды, оның негізінде ведомствоаралық жұмыс тобына қосымша үш үміткер енгізілді.

В. Апиынды орынбасушылық терапия жобасының іске асырылуын жалғастыру мақсатында келесі іс-шаралар іске асырылды:

1) 2009 жылдың мамыр айында – ГФСТМ(2011-2015) грантының тоғызыншы раундында СКК ЖҚТБ РО тапсырысын мақұлдады, оның ішінде АОТ-қа 700 емделушіге дейін 7 пилоттық аймаққа АОТ кеңейту бойынша компонент.

2) 2009 жылғы мамырдың 18-нен 23-не дейін – АОТ бойынша жобаны аралық бағалау үшін Павлодар қаласына мониторингтік сапар жүзеге асырылды.

3) 2009 жылдың мамыр айында UNODS бірігіп АОТ кеңейту үшін Ұлттық операциялық жоспардың жобасы әзірленді; Қазақстан үшін АОТ қажеттілігінің алғы есебімен АОТ бойынша материалдар шолуы дайындалды.

4) 2009 жылдың 16 маусымында ҚР ДСМ, ЖҚТБ РО, UNODS арасында «Түсіністік және ынтымақтастық туралы меморандумға» қол қойылды.

5) 2009 жылдың 22 маусымында Астана қаласында ҚР ДСМ вице-министрі Т.А. Вощенконың қатысуымен Павлодар және Теміртау қалаларындағы жобаның жүзеге асырылу қорытындысы бойынша жұмыс кеңесі жүргізілді, онда Қазақстанда апиынды орынбасушылық терапияны кеңейту қажеттілігі туралы шешім қабылданды.

6) 2009 жылдың 24 шілдесінде ГФСТМ жобасын іске асыру тобының өндіруші-фирма өкілдерімен және жабдықтаушылармен («Русан Фарма», «L-фарма» ЖШС) АОТ курсы үздіксіз жүзеге асыру үшін (2010 ж 01 қаңтардан кешіктірмей) ҚР аумағына метадонды уақытында жеткізу туралы жұмыс кеңесі өткізілді.

7) 2009 жылғы 29 шілдеде ҚР ДСМ –не ҚР Үкіметінің 2008 жылғы 01 қаңтардағы «ҚР есірткі заттарының қажеттілік нормалары туралы» №907 Қаулысына шұғыл түрде өзгерістер енгізу жөніндегі ҚР ПМ тапсырмасын қарастыру туралы ҚР Үкіметіне жүгінуді өтінумен шығ. №11-768 хат жіберілді.

#### 4.3. Персонал

Бағдарламаның негізгі персоналы (дәрігерлер және медбикелер) Павлодар ОЦПЛ 33 және Теміртау қ. НД штаттық қызметкерлерінен құрылды.

АОТ бағдарламаларында дәрігер-нарколог, психотерапевт/психолог, әлеуметтік қызметкер, медициналық бикелер лауазымдары негізгі ұстаным болып табылды. Қызметтік міндеттер Павлодар және Теміртау қалаларының наркологиялық диспансерлерінің басшыларымен әзірленді және бекітілді.

№3 кесте-АОТ бағдарламасының персоналы

№ р/с	Бағдарламаның персоналы	Павлодар қ.	Теміртау қ.
		2008-2009 жж.	2008-2009 жж.
1.	Жоба басқарушысы	1,0 ст.	1,0 ст.
2.	Менеджер	1,0 ст.	1,0 ст.
3.	Психиатр-нарколог дәрігері	1,0 ст.	1,0 ст.
4.	Психолог-психотерапевт	1,0 ст.	1,0 ст.
5.	Әлеуметтік қызметкер	1,0 ст.	1,0 ст.
6.	Медициналық бике	1,0 ст.	1,0 ст.
7.	Провизор/фармацевт	1,0 ст.	1,0 ст.
8.	Бухгалтер	1,0 ст.	1,0 ст.
9.	Техникалық жұмыскер	1,0 ст.	1,0 ст.
10.	Барлығы	1,0 ст.	1,0 ст.

#### **Жоба басшысы**

- метадонмен орынбасушылық терапияның пилоттық жобасының негізгі ережелерін, кезендерін әзірлеуді ұйымдастырады және бақылайды;
- жоба менеджерлерінен жобаның орындалуы туралы есептерді қабылдайды және талдайды, олардың қызметтерін үйлестіреді;
- ҚР Денсаулық сақтау министрлігіне және ЖҚТБ-мен, туберкулезбен және маляриямен күресу бойынша Ғаламдық қордың жобасын іске асыру тобына метадонмен орынбасушылық терапияның пилоттық жобасының дайындығы және тиімді кезендері туралы есептік мәліметтерді ұсынады;
- Облыстық әкімдік және облыстық денсаулық сақтау департаменті деңгейінде пилоттық жобаны жүзеге асыруда тәуелді аурулардың алдын алу және емдеу бойынша Орталыққа жәрдем көрсету бойынша мәселелерді шешеді;
- Жобаның ақпараттық қамтамасыз етілуі бойынша материалдарды және іс-шараларды әзірлейді және дайындайды;
- ҚР Денсаулық сақтау министрлігіне және ЖҚТБ-мен, туберкулезбен және маляриямен күресу бойынша Ғаламдық қордың жобасын іске асыру тобына, сонымен қатар халықаралық конференцияларда пилоттық жоба жұмысының орындалу қорытындыларын және тәжірибесін ұсынады;
- Жобаға қатысушыларға түрлі жадынама, парақша, кітапша түрінде түрлі ақпараттық-білімдік материалдар әзірлеп, қамтамасыз етеді;
- ҚР ғылыми және кәсіби басылымдарында жобаның бағалануының ақпараттық қамтамасыз етілуін жүзеге асырады.

#### **Жоба менеджері:**

- жобаның сәтті орындалуы үшін (лицензияны рәсімдеу және т.б.) қажетті құжаттаманы дайындайды және ресімдейді;

- жобаның техникалық орындалуы үшін қажетті жағдайлармен қамтамасыз етеді (жобада істейтін мамандарды іріктеу, қажетті үй-жайларды бөлу және жабдықтау, оларды тиісті құрал-жабдықтармен жабдықтау);
- жобада істейтін негізгі персоналдың жұмысын үйлестіреді және бақылайды (психиатр-нарколог дәрігері, әлеуметтік қызметкер, орынбасушылық терапия кабинетінің медбикесі, фармацевт);
- пилоттық жобада жұмыс істеп жүрген персонал үшін семинарлар мен тренингілердің мерзімді өткізілуін ұйымдастырады;
- психиатр-дәрігерлер, наркологтар, психотерапевтер, психологтар және пилоттық жобаға қатыспайтын, басқа да мүдделі тұлғалар үшін орынбасушылық метадондық терапия тақырыбы бойынша семинарлардың мерзімді өткізілуін ұйымдастырады;
- Бағдарламаға қатысушыларға қатысты толеранттықты қалыптастыру мақсатымен, жобаға қатыспайтын Орталық қызметкерлері үшін, семинарлардың өткізілуін мерзімді ұйымдастырып отырады;
- Пилоттық жобада жұмыс істейтін мамандардан жобаның орындалуы туралы есептерді қабылдайды және талдайды;
- Жоба басшысына жобаның орындалуы туралы есепті мерзімді ұсынады;
- Аймақта/облыста жобаның ақпараттық қамтамасыз етілуі бойынша материалдарды және іс-шараларды әзірлейді және дайындайды;
- Жобаның орындалуының тиімділігінің индикаторларын әзірлейді және жобаның орындалуының тиімділігінің тұрақты мониторингісін қамтамасыз етеді;
- Жобаға қатысушылар үшін (жадынамалар, брошюрлар) ақпараттық-білімдік материалдарды әзірлеу және дайындау бойынша кеңестерді жүргізеді;
- Халықаралық конференцияларға қатысады және ҚР пилоттық аймақтарына орынбасушылық терапияның тиімділігін зерттеу бойынша материалдарды ұсынады.

### **Психиатр-нарколог дәрігері**

Жалпы ережелер:

1. Орынбасушылық терапия жобасының психиатр-нарколог дәрігері қызметіне барлық қажетті біліктілік талаптары бар, наркологиялық диспансердің тәжірбиелі психиатр-дәрігері тағайындалады.
2. Жобаның психиатр-нарколог дәрігері тікелей жоба менеджеріне бағынады.

Міндеттері:

- 1) жоба менеджерінің жалпы басшылығымен оған бекітілген жоба қатысушыларына қызмет көрсетеді;
- 2) жоба қатысушыларының тарихын/жеке карталарын жүргізеді, қажетті деректерді, барлық белгілеулерді мұқият енгізіп отырады (метадон мөлшерінің есебін және өзгеруін).

*Ескерту: Жаңа түскен жоба қатысушыларының ауру тарихы/жеке картасы олардың жобаға келген уақытынан бастап 24 сағаттан кешіктірмей, метадонның есептелген бірінші дозасын бергенге дейін толтырылады. Қатысушы жобадан шығып кеткен жағдайда, психиатр-нарколог дәрігері ауру тарихы/жеке картасына эпикриз жазады және жоба менеджерінің қолы қойылған соң ауру тарихын аурухананың медициналық мұрағатына тапсырады.*

- 3) метадонның қажетті қолдаушы дозасының есебін (орынбасушылық терапия ретінде), жоба қатысушыларының қажетті диагностикалық зерттеулерін, оның ішінде дәрігерлік манипуляцияларды жүргізеді;

- 4) жоба менеджеріне «орынбасушылық» дозасын анықтамасындағы барлық қиыншылықтар туралы, сонымен қатар бағдарлама қатысушылары жағдайларында болған өзгерістер туралы баяндайды;
- 5) жоба қатысушыларына метадонмен орынбасушылық терапия бойынша оның орташа медициналық персоналға берген белгілеулері мен нұсқауларының дұрыс және уақытында орындалуын тексереді;
- 6) жоба қатысушыларымен терапевт немесе ко-терапевт ретінде психотерапевтикалық сессияларға мерзімді қатысып отырады;
- 7) психиатр-нарколог дәрігері өз біліктілігін жетілдіріп отыруы керек, орынбасушылық терапия тақырыбына арналған семинарларға қатысуы, жалпы ауруханалық конференцияларға, кеңестерге жүйелі түрде қатысып отыруы керек;
- 8) жобаға қатысушылардың уақтылы зертханалық тексерулерін бақылайды (зәрді есірткі заттары метаболиттерінің бар-жоғына зерттеу);
- 9) орынбасушылық метадондық терапия бойынша жобада жұмыс істейтін орта медициналық персоналдың біліктігін жоғарылату және оқыту бойынша өткізілетін сабақтарға қатысады;
- 10) жобаның моральды-құқықтық нормаларын және кәсіби қатынас үрдісінде жоба қатысушылары туралы құпиялылықты сақтайды.

#### **Психотерапевт/психолог –дәрігері**

Жалпы ережелер:

1. Психотерапевт/психолог дәрігері лауазымына наркология, психотерапия саласында тәжірибесі бар, сонымен қатар барлық қажетті біліктілік талаптары бар дәрігер тағайындалады.
2. Психотерапевт/психолог дәрігері тікелей жоба менеджеріне бағынады.

Міндеттері:

- 1) жоба менеджерінің жалпы басшылығымен оған бекітілген жоба қатысушыларына қызмет көрсетеді: жеке, топтық, отбасылық психотерапияны, әлеуметтік-психологиялық тренингтерді өткізеді;
- 2) жоба қатысушыларының қарталарында мерзімді жазулар жүргізеді;
- 3) жоба қатысушыларының туыстарымен психотерапевтикалық сессиялар өткізеді;
- 4) жоба қатысушылары туралы анонимділік/құпиялылықты сақтай отырып, терапевтикалық процесстерге қатысты қажетті кеңестер және анықтамалар береді;
- 5) орынбасушылық метадондық терапия бойынша жобада жұмыс істейтін орта медициналық персоналдың біліктігін арттыру және оқыту бойынша өткізілетін сабақтарға қатысады;
- 6) психотерапевт-дәрігері өз біліктілігін арттырып отыруы керек, орынбасушылық терапия тақырыбына арналған семинарларға, жалпы ауруханалық конференцияларға, кеңестерге жүйелі түрде қатысып отыруы керек;
- 7) жоба менеджеріне «орынбасушылық» дозасын анықтамасындағы барлық қиыншылықтар туралы, сонымен қатар бағдарламаның қатысушыларының жай-күйінде болған өзгерістер туралы баяндайды;
- 8) жобаның моральды-құқықтық нормаларын және кәсіби қатынас үрдісінде жоба қатысушылары туралы құпиялылықты сақтайды.

#### **Орынбасушылық терапия кабинетінің медициналық бикесі**

Жалпы ережелер:

1. Орынбасушылық терапия кабинетінің медициналық бикесі лауазымына орта медициналық білімі, стационарда жұмыс өтілі және наркологиялық бөлімнің медициналық бикесі ретінде жұмыс істеуге рұқсат беретін арнайы дайындығы бар тәжірибелі медициналық бике тағайындалады.
2. Орынбасушылық терапия кабинетінің медициналық бикесі тікелей жоба менеджеріне бағынады.

Міндеттері:

- 1) жеке гигиена, санитарлық-эпидемиялыққа қарсы жұмыс тәртібін, дезинфекция және стерилдеу талаптарын сақтау; процедуралар өткізу кезінде асептика және антисептика ережелерін сақтау;
- 2) жоба қатысушыларынан АҚТК-ға тексеру үшін тамырдан қан алу;
- 3) іс жүргізу, журналдарды жүргізу; бақылау бетінде және метадонның шығыс журналына препараттың жеке мөлшерлемелерін уақытында тіркеу;
- 4) метадон беру пунктінде метадонды алу, мөлшерлеу және беру;
- 5) орынбасушылық терапия кабинетінде емделушілердің метадонды қабалдауларын бақылау;
- 6) наркологиялық диспансер клиникалық-биохимиялық зертхана қызметкерлерінің зәрде басқа есірткі заттар метаболиттерінің бар-жоғын тексеру үшін зәр тест-бақылауын жүргізуге емделушілерді іріктеулері;
- 7) жобаның моральды-құқықтық нормаларын және кәсіби қатынас үрдісінде жоба қатысушылары туралы құпиялылықты сақтау;
- 8) еңбек тәртібін және жұмыс күн тәртібін сақтау.

### **Әлеуметтік қызметкер**

Жалпы ережелер:

1. Орынбасушылық терапия жобасында жұмыс істейтін әлеуметтік қызметкер қызметіне «Әлеуметтік қызметкер» (немесе «әлеуметтік педагог») мамандығы бойынша алған білімі бар маман тағайындалады.
2. Орынбасушылық терапия кабинетінің әлеуметтік педагогі тікелей жоба менеджеріне бағынады.

Міндеттері:

- 1) психотерапевтикалық топтарда жоба қатысушыларымен мерзімді қатысу;
- 2) өз біліктілігін жетілдіру, орынбасушылық терапия тақырыбына арналған семинарларға қатысу, жалпы ауруханалық конференцияларға, кеңестерге жүйелі түрде қатысу;
- 3) әлеуметтік-тұрмыстық мәселелерді шешуге көмек көрсету (еңбек биржасына тіркеу, жұмыссыздық бойынша жәрдемақыны ресімдеу, тұлғаны куәландыратын құжаттарды ресімдеу және т.б.);
- 4) жоба қатысушыларының отбасыларына мерзімді барып отыру немесе жоба қатысушыларының отбасы мүшелерімен кездесу, жоба қатысушыларының отбасылық-әлеуметтік динамикасын байқау;
- 5) жоба қатысушыларының жұмыс орындарына мерзімді барып отыру немесе олардың басшыларымен кездесу, жоба қатысушыларының әлеуметтік-еңбек динамикасын байқау;
- 6) жоба қатысушыларының ауру тарихына/жеке картасына байқауларын мерзімді жазып отыру;
- 7) жоба қатысушыларына өзара қолдау және өзара көмектесу сұрақтары бойынша кездесулер мен отырыстарды мерзімді ұйымдастыру.

### **Фармацевт**

Жалпы ережелер:

1. Орынбасушылық терапия жобасында жұмыс істейтін фармацевт қызметіне «Фармацевт» мамандығы бойынша арнаулы орта медициналық білімі бар маман тағайындалады.
2. Орынбасушылық терапия кабинетінің фармацевті тікелей жоба менеджеріне бағынады.

Міндеттері:

- 1) орынбасушылық терапия кабинетінің медициналық бикесіне метадонды босату;
- 2) метадонның қозғалысын есептеп отыру;
- 3) құжаттаманы жүргізу: метадонның қозғалуын уақытында көрсету;
- 4) жоба қатысушыларының қолдануы үшін метадонның дайын формасын дайындау;
- 5) метадонның сапасын бақылау.

### **Бухгалтер**

Жалпы ережелер:

1. Орынбасушылық терапия жобасында жұмыс істейтін бухгалтер қызметіне «Бухгалтер» мамандығы бойынша бітірген жоғары немесе арнайы орта білімі бар маман тағайындалады.
2. Орынбасушылық терапия кабинетінің бухгалтері тікелей жоба менеджеріне бағынады.

Міндеттері:

- a. Бухгалтерлік есепті ұйымдастыруды жүзеге асыру;
- b. Келіп түсетін ақша қаражаттарының және тауарлық-материалдық құндылықтарының толық есебін жүргізу;
- c. Еңбекақыны дұрыс есептеу және бюджетке төлемдерді, әлеуметтік сақтандыру жарналарын аудару;
- d. Банктік операцияларды орындау;
- e. Міндетті есеп-қисапты жүргізу.

### **4.4. Жұмыс уақыты**

Павлодар қаласында метадон гидрохлориді ерітіндісін беру және қабылдау күн сайын сағат 8.00-ден 10.00-ға дейін және сағат 17.00-ден 18.00-ге дейін жүргізіледі. Теміртауда метадонды қабылдау кесте бойынша жүргізіледі: күн сайын сағат 10.00-ден 11.00-ге дейін және 17.00-ден 18.00-ге дейін. Жұмыс кестесі емделушілердің қажеттіліктерін скере отырып жасалды.

Ғимараттардың 1 қабаттарында орналасқан арнайы метадон беру кабинеттері ұйымдастырылған.

### **4.5. АОТ өткізу тәртібі және шарттары**

Қазақстанда орынбасушылық терапия бағдарламасы бірнеше шарттардың орындалуын талап етеді. Ол шарттар ҚР ДСМ 2005 жылғы 08 желтоқсандағы «Орынбасушылық терапияны енгізу туралы» №609 бұйрығымен қарастырылған.

1. Метадондық терапия тек героиннен моноесірткілік тәуелділікпен ауыратын және оны инъекция көмегімен енгізетін тұлғаларды ғана емдеу үшін қолданылуы керек.
2. Емделуші метадон терапиясын алатын елді мекенде тұрақты тұруы керек.
3. Емделуші бағдарламаға анонимді емес, ашық түрде қатысуға келісімін беруі керек.
4. Емделуші героин мен апиындардың жоғын дәлелдеу үшін зәр анализдерін мерзімді тапсырып отыруға келісім беруі керек.

### **Орынбасушылық терапияны қолдану көрсеткіштері:**

- жасы 18-ден асқан;
- диагнозы апиынға тәуелділік (F 11.2);
- есірткіні инъекция арқылы тұтынудың анықталған өтілі (3 жылдан кем емес);
- құжатпен расталған 2-3 емделудің сәтсіз әрекеттері;
- басымдылық АҚТК/ЖҚТБ-мен ауыратын тұлғаларға беріледі;
- АОТ бағдарламасының есірткіге тәуелді қатысушыларының жүктілігі;
- Аналы түрде ақпараттық келісім беру қабілеттілігі;
- ҚР азаматтығы.

Метадонды белгілуге келесі жағдайлар қарсы көрсеткіш болып табылады:

- препаратқа гиперсезімталдық (аллергиялық көріністер);
- ауыр когнитивтік бұзылулар немесе ақыл-ой кемістігі.

Жаңадан қабылданған барлық емделушілерді АОТ бағдаламасының пилоттық сипаты туралы құлақтандырды және жыл бойы (және одан әрі жоба жалғасқан жағдайда) бағдарламаға қатысуға, бағдарламадан кейіннен жоспарлы шығуға ынталандырды.

Емделушіні орынбасушылық терапия бағдарламасына кіргізу туралы мәселе Кеңестік комиссия отырысында (құрамында - бағдарлама менеджері-төраға, дәрігер-нарколог, психолог және әлеуметтік қызметкер) бағдарламаға қыбылдау кезінде келтірілген критерилерден басқа, 2005 жылғы 08 желтоқсандағы ҚР ДСМ «Орынбасушылық терапияны енгізу туралы» №609 бұйрығында қарастырылған жағдайларды ескере отырып шешілді.

Емделушілердің бағдарламадан шығарылуы келесі жағдайларда қарастырылған:

- заңсыз есірткіні тұтынуын жалғастыру (қанда немесе зәрде есірткінің бар-жоғына тест нәтижелері бойынша);
- алкогольдік тәуелділіктің клиникалық белгілері мен алкогольді жүйелі түрде асыра пайдалану;
- бағдарламаға жүйелі түрде қатыспау, бағдарламаның дәрігерімен және психолог/психотерапевт дәрігерлерімен байланыстан бас тарту;
- бағдарлама қатысушысына қарсы қылмыстық іс қозғаумен бағдарламада болған кезеңде қылмыстық жазаға тартылатын әрекеттер жасау;
- заңсыз есірткі саудасынан күдіктену;
- метадонды кабинеттен рұқсатсыз шығаруға әрекеттенуі;
- бағдарламаның басқа қатысушыларына және персоналына агрессия көрсету.

### **4.6. АОТ өткізу технологиясы**

Емделушілерді бағдарламаға қабылдау АОТ өткізілуіне жауапты нарколог-дәрігерлердің ұсынымдары бойынша кеңес беру комиссиясының мамандарымен жүзеге асырылады.

АОТ бағдарламасына қабылдаған жағдайда емделушімен келісімшарт жасалады, онда тараптардың құқықтары мен жауапкершілігі анықталған, бұл жағдайда – наркологиялық мекеме мен емделуші арасында.

АОТ кейінгі үрдістері 2 кезеңнен тұрады:

А) 1 кезең – 3-5-7 күн ішінде амбулаторлық жағдайда метадонның бастапқы мөлшерлемесін сұрыптау (стационар орнын басатын жағдайлар) ;

Б) 2 кезең- амбулаторлық жағдайда қолдаушы емді жүзеге асыру және аудару;



Әр емделуші үшін бірқатар міндетті процедуралары қарастырылған тексерудің және емдеудің жеке жоспарлары әзірленді, соның ішінде:

- В және С гепатиті, АҚТК-инфекциясы, жыныстық аурулар және басқа ауруларға тексеру;
- Медициналық асқынуларды емдеу, жалпы нығайту қолдау терапиясын өткізу;
- Психологиялық және әлеуметтік оңалту іс-шараларын өткізу.

Амбулаторлық жағдайда мөлшерлемелердің түзетілуі бағдарламаның нарколог-дәрігерімен жүргізілді.

ОТ бағдарламасында емделушілердің қатысуларының жоспарлы және жоспардан тыс тоқтатылуына байланысты метадонмен детоксификациялаудың 2 нұсқасымен жұмыс атқарылды:

- 1) Орта мерзімді детоксификация (әдетте 1 ай ішінде)- емделушінің өтініші бойынша емдеуді жоспардан тыс тоқтату кезінде қолданылды; бір ай ішінде метадон мөлшерлемесін біртіндеп төмендету болды;
- 2) Ұзақ мерзімді детоксификация (әдетте 3-4 ай ішінде)-ОТ бағдарламасында емделушінің қатысуы жоспарлы аяқталған жағдайда қолданылды.

Барлық жағдайларда, емделушінің келісімімен, детоксикация стационарлық жағдайда өткізілді (гепатопротекторларды белгілеумен, дезинтоксикациямен, витаминотерапиямен үйлескен психотроптық препараттардың комбинациясын қолдану).

Емдеу бағдарламасынан жоспарлы шығу кезінде, емделушінің мақсатымен байланысты, онымен есірткі заттарынан толық тартынуды қарастыратын, оңалту бағдарламаларына қатысуға ынталандыру бойынша жеке жұмыстар жүргізілді.

#### 4.7. АОТ бағдарламасының әлеуметтік-психологиялық компоненті

Жобаны іске асыру барысында міндетті түрде психотерапевтикалық топтар, әлеуметтік қызметкермен жұмыс жүргізіліп отырды.

АОТ бағдарламасына кірер кезде барлық емделушілермен жеке психологиялық кеңес беру жүргізілді, оның барысында, емделушілердің проблемалық профилдері теңдестірілді, қалыптасқан жағдайдан шығу жолдары анықталды.

Топтық сабақтар аптасына 2 рет өткізіліп отырды. Топтық сабақтардың ұзақтығы 3 сағатқа дейін (сағат 10-13 дейін).

Жеке жоспар бойынша әлеуметтік қызметкер кеңес және көмек беріп отырды.

#### 4.8. Қосымша қызметтер

АОТ пилоттық бағдарламалары шеңберінде, метадон беруден басқа, қосымша қызметтердің келесі түрлері қарастырылған.

1. Ілескен соматикалық бұзылуларды емдеу бойынша терапевт-дәрігердің кеңес беруі және ұсыныстары.

2. Бағдарламаға қатысушылары, олардың туыстары үшін тақырыптық семинарлар өткізу.

Семинарлар нарколог, психолог/психотерапевт дәрігерлердің қызметі шеберінде өткізілді және басқа елдердегі АОТ тәжірибесі, түрлі психикалық белсенді заттардан тәуелділіктің құрылу биологиялық механизмдері, қолдау терапиясы, АҚТК-инфекциясы (отбасында бірге тұру, қолдау терапиясы, АРТ, АҚТК-инфекциясын қасақана тарату үшін әкімшілік жауапкершілік және т.б.) туралы мәселелер жарыққа шықты.

#### 4.9. Жобаның қаржылық сипаттамасы (2008-2009 жылдар)

##### 4.9.1. Шығындардың негізгі баптары

Терапияның бұл түрі алғашқы рет Қазақстанда енгізілгендіктен, көп алғашқы шығындар барлық баптар бойынша болды дерлік.

#### 4.9.1.1 Жобадағы жұмыс үшін төлеу

Жобаның барынша шығынды бөлігі персоналға еңбекақы төлеу болып табылды. Екі аймақта 9 адамға еңбекақы төлеу шығындары 9 520 АҚШ долларын немесе 1 142 400 теңгені құрады.

#### 4.9.1.2. Персоналды оқыту

Жобаны іске асыру кезеңінде мамандардың оқытылуы Қырғызстанда өткізілді. Сонымен қатар, қызметкерлердің сұраулары бойынша клиникалық сұрақтар бойынша халықаралық эксперт тартылды. Оқуға шығындалған жалпы сома 8 114 АҚШ долларын немесе 973 793 теңгені құрады.

Ұсыныс ретінде келесілер ұсынылды.

1. ҚР ДСМ-не барынша жақын арада жылдық мерзімнің аяқталуына дейін Қазақстан Республикасының қалаларында және басқа облыстарында метадондық терапия бағдарламасын кеңейту және енгізу туралы мәселені қою үшін атқарған жұмыс және АОТ жоғары тиімділігі туралы есепті ұсыну.
2. Жобаның жабдықталғанын және медперсоналмен қамтамасыз етілгенін есепке ала отырып, әр ЛПУ-да (Павлодарда және Теміртауда) 100 емделушіге дейін санды көбейтуді ұсынуға болады. Мұндай кеңейту персонал санын емес, тек метадон жеткізуді көбейтуге әкеліп соғады.
3. Емделушілер және қоғам арасында метадондық терапияны адвокаттау бойынша жұмысты белсенді жүргізу. Жергілікті БАҚ үшін мақала, емделушілер мен олардың туыстарының қатысуымен теледидарға бағдарлама дайындаған пайдалы болар еді. Науқастар арасында метадондық терапия туралы ақпараты бар жадынамаларды, буклеттерді, парақшаларды тарату.
4. ПМ өкілдерімен кездесулерді өткізуге бастамашылық ету және оларға АОТ мақсаттарын және міндеттерін, оларға осы емдеудің басты тиімділігі ИЕТ ортасында қылмыстың төмендеуі болып табылатынын түсіндіру. Емдеу мекемесі қызметіне заңсыз араласу әрекеттері болған жағдайда прокуратураға шағымдану.
5. Инфекционист-дәрігерлер арасында ВААРТ белгілеуге қатысты ИЕТ дискриминациясы әжірибесіне жол бермеу туралы мәселені көтеру. ДДСҰ хаттамасына сәйкес (ИЕТ-ң АҚТК-жүкпалы ауруларды емдеу, 2008) тіпті есірткіні жүйелі түрде тұтынатын ауруларға АРВ-терапиясы қолжетімді болуы керек. Ал АОТ қатысушыларына келсек, олардың осы емді алуларына барлық негіздері бар және метадондық бағдарлама бітіп қалуы мүмкін деген сылтау оған ақталу олмайды.
6. Дәрігерлер емделушілердің соматикалық статусына көбірек назар аударулары керек және ілеспе аурулардың (ЖҚТБ, туберкулез, психикалық бузылу және т.б.) терапиясына белсенді қатысу.
7. Абстиненцияның дамуына және заңсыз есірткі тұтынуын жол бермей, метадонның көбірек жоғары дозаларын белгілеу қажет. Метадонның орта дозалары 100-120 мг диапазонында болуы тиіс.

#### 4.9.1.3 Негізгі дәрі-дәрмектер

Елу адамға деп есептегенде метадон гидрохлоридін сатып алуға 33 750 АҚШ доллары жұмсалды. Су, диспенсерлер, дозаторлар, біржолғы стақандар – мұның бәрі метадон ерітіндісін ішке қабылдау үшін қажет, оған қоса метадон ерітіндісінің индикаторы – 7 500 АҚШ долларын құрайды. Препаратты сақтау және жеткізу шығыны 10 125 АҚШ долларын құрады.

Метадон есірткі заттар тобына жататындықтан, наркологиялық орталықтарда мамандандырылған күзет қажет болды (2 000 АҚШ доллары), күзет сигналдаулары үшін жабдық (958 АҚШ доллары) және сейф (1 350 АҚШ доллары).

#### 4.9.1.4 Қосымша дәрі-дәрмектер, стрип-тестілер

Заңсыз дала есірткі заттарын қабылдауларын бақылау үшін 32 000 АҚШ доллары сомасына 3 200 дана стрип-тестілер сатып алынды.

Қосалқы әсерлерді шешу үшін (іш қату, лоқсу, жабырқанқы көңіл-күй) және дозаны сұрыптау және тұрақтандыру кезінде, симптоматикалық терапияны белгілеу қажет болды, оған да 8 100 АҚШ доллары немесе 972 000 теңге көлемінде қаражат бөлінді.

#### 4.9.1.5 Әкімшілік-шаруашылық шығындар

Жобаны іске асыру барысында қажетті жиһаз, жұмсақ құрал-сайман, компьютерлік жабдық (14 000 АҚШ доллары), телекоммуникация құралдары, кеңсе заттары сатып алынды, әкімшілік және басқа да күтпеген шығындар ( 19 749 АҚШ доллары).

#### 4.9.2 Шығындардың жалпы сомасы

Жоғарыда көрсетілген 2008-2009 жылдар аралығындағы барлық шығыстар -211 092,23 АҚШ долларын немесе 25 482 594 теңгені, апиынды орынбасушылық терапияның бір емделушіге есептегенде– 4 222 АҚШ долларын құрайды.

#### 4.9.3 Жаңа сайттар ашқан кездегі шығыс баптары бойынша ықтимал үнем

Жаңадан ашылған сайттар үшін АОТ жобаларын қаржыландыруда жоспарланған өзгерістер №4 кестеде ұсынылған

АОТ жобасын іске асыруды жоғары өкілетті мемлекеттік орган мақұлдаған және емдік наркологиялық желіге апиынды орынбасушылық терапияны енгізген жағдайда, қызметкерлерге барлық төлемдерді жергілікті бюджет қаражатынан өтеу, АОТ қабылданатын емделушілерге жетекшілік ететін медициналық қызметкерлердің штаттық құрылымына енгізу күтіледі.

Бұрынғы аймақтарда жұмысты жалғастыру үшін (Теміртау, Павлодар) АОТ қабылдайтын, емделушілердің шығындары минимумға дейін қысқартылады, себебі инфраструктура және басқа құрал-жабдық (компьютермен қамтамасыз етілу, сейф, жұмсақ құрал-сайман, жиһаз, күзет сигналдаулары үшін жабдық, телекоммуникациялар, дайындық кезеңіне қаржыландыру) – 2008 жылдан бар. Осыған байланысты, метадонды сатып алуға, диспенсерлерді, суды, препаратты қабылдау үшін біржолғы ыдыс-аяқты, симптоматикалық емдеу үшін дәрі-дәрмек құралдарын сатып алуға, сақтауға, жеткізуге шығындар жоспарлануда. Стрип-тестілер 2009 жылдан қалған және олар қажет болып қалған жағдайдың өзінде олар айтарлықтай аз мөлшерде алынады.

№4 кесте – Шығыс баптары бойынша ықтимал үнем

№	Шығыс баптары	Ықтимал өзгерістер
1	Метадон гидрохлоридін сатып алу, сақтау, жеткізу	Өзгеріссіз
2	Қабылдау үшін дозаторлар, су, біржолғы стақандар	Өзгеріссіз
3	Симптоматикалық емдеу үшін дәрі-дәрмек препараттары	Өзгеріссіз (халықаралық эксперттің ұсынысы бойынша, сонымен қатар клиникалық зерттеулердің нәтижесі бойынша)

4	Күзет жабдыктары, сейфтер, сигналдау	Өзгеріссіз
5	Стрип-тестілер	Заңсыз есірткі заттарын тұтынуға күдік туған кезде ғана
6	Компьютермен қамтамасыз ету және телекоммуникациялар	Қажеттілікке қарай (сайтқа мониторингті жүргізу үшін бір ЖК)
7	Мультитәртіпті топ мамандарын оқыту, тренингтерді, семинарларды өткізу шығындары, шақырылған кеңесшілерге төлеу	Жаттықтырушы, кеңесші ретінде отандық мамандарды қатыстыру. Біріншілік мамандандыру, нарколог-дәрігерлер, психотерапевтер, психологтар, әлеуметтік қызметкерлер, наркологиялық практикада іске қосылған волонтерлар, сонымен қатар денсаулық сақтау ұйымдастырушылары үшін тақырыптық жетілдіру курстарында АОТ сұрақтарын оқу жоспарларына енгізу.
8	Келесі мамандарға ғана еңбек ақы	Тікелей емделушілермен жұмыс істейтін персоналдар жиыны: нарколог-дәрігері- -2 ставка, психолог/психотерапевт-дәрігері -1 ставка, әлеуметтік қызметкер-1 ставка, медбике-2 ставка

Сонымен қатар, тікелей емделушілермен жұмыс істейтін персоналдың, мемлекеттік медициналық мекемелерде, белгілі жүктеме нормасы бар. ҚР ДСМ 2004 жылғы 24 қазандағы № 764 бұйрығына сәйкес 1 нарколог-дәрігері лауазымына есірткіге тәуелді 20 емделуші, 1 психолог/психотерапевт-дәрігері лауазымына 50 емделуші, медбике - әр күндізгі стационардағы 20 төсекке 1 лауазым, әлеуметтік қызметкер - әр наркологиялық бөлімге 1 лауазым есебінен жүктеме нормасы белгіленеді. Осы ҚР ДСМ бұйрығымен байланысты №8 кестенің 8 тармағында ұсынылатын штаттық бірліктер көрсетілген.

Осылайша, құрылған инфрақұрылым және жеткілікті штаттық қызметкерлері бар, облыстық наркологиялық медициналық ұйымдарда АОТ экономикалық тиімділігі есірткіге тәуелді тұлғалардың стационарлық емделуімен салыстырғанда әбден ақталады.

#### 5. АОТ бағдарламаларын іске асырудың негізгі нәтижелері және тиімділігінің бағасы

##### 5.1 Зерттеу барысында бағаланған негізгі зерттелетін параметрлер

Осы зерттеулер шеберінде біз метадонмен орынбасушылық терапиядағы, АҚТК-жұқпалы аурулы тұлғалардың келесі негізгі зерттеу параметрлерін алдық:

- А) клиникалық сипаттамалар;
- Б) емделуші статусының психологиялық және әлеуметтік сипаттамалары.

##### 5.2 Өткізіліп жатқан зерттеудің, оның процедураларының және кезеңдерінің дизайнін сипаттау

Бұл зерттеу экспериментальды болды, онда зерттеуші эксперимент жүргізеді (метадонды белгілеу) және зерттелетін параметрлердің өзгеруін салыстырады.

Бұл зерттеуде метадонмен орынбасушылық терапиясы бағдарламасының әр түрлі кезеңдерінде АҚТК-жұқпалы аурулы және АҚТК-негативті тұлғалар бақыланды.

Зерттеу әдісі орынбасушылық терапияның әр түрлі кезеңдеріндегі зерттелетін топтың параметрлерін салыстырып қарауда болып табылады.

Зерттеудің принципі психопатологиялық, соматикалық және неврологиялық белгілерін және олардың кешенін, оған қоса орынбасушылық терапиясы бағдарламасындағы, тұлғалардың әлеуметтік-психологиялық сипаттамалардың әр түрлі көрінуін салыстырмалы талдауда болып тұр.

Деректер бағдарламаға кіргізгеннен бірінші 2 апта бойы және екінші рет 3 айдан кейін жиналды.

Зерттеу деректерін сандық және сапалық жинау әдісін қолданумен, оның ішінде стандарттық сауалдамалар бойынша емделушілермен сауалнама жүргізумен, емделушіні

дәрігермен қарау және картасын толтырумен жүргізілді. Зерттеудің негізгі құралы ретінде «Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығы» РМҚК (ҚР, Павлодар қ.) әзірлеген эпидемиологиялық зерттеулер үшін базистік карта болып табылады.

Бұл жағдайда, валидтілік- параметрлер дәлдігі:

- 1) валидтік психологиялық тестілерді қолдануымен қол жеткізілді;
- 2) сертификатталған зертханамен зертханалық клиникалық-биохимиялық зерттеулерді жүргізумен қол жеткізілді;
- 3) эксперттік бағалау білікті дәрігермен өткізілді.

### 5.3. Ақпаратты жинау және талдау әдістері

Емделушінің медициналық жай-күйін, тұлғалық-психологиялық және әлеуметтік статусын бағалау үшін келесі зерттеу әдістері қолданылды:

- клиникалық әдіс;
- клиникалық-психологиялық әдіс;
- әлеуметтік-психологиялық әдіс;
- зерттеудің статистикалық әдісі.

#### 5.3.1. Клиникалық әдіс

Бұл зерттеу әдісі клиникалық диагнозды және анықталған ілеспе ауру белгілерін, преморбидтік патологияны, негізгі аурудың асқынуын квалификациялау және клиникалық-биохимиялық, нейрофизиологиялық, дәрігерлік-клиникалық қараулардың көрсеткіштер динамикасын зерттеу мақсатымен қолданылды. Ауруларды диагностикалаудың клиникалық критерийлері аурулардың оныншы қайта қараудың халықаралық классификациялаудың критерийлері болды –МКБ-10 (ICD-10, 1994).

Осы зерттеу әдісінде ерекше назар наркологиялық ауруларды, ПБЗ тұтыну нәтижесінде психикалық және мінез-құлықтық бұзылулар МКБ-10 критерийлеріне сәйкес – көрсетілген базистік дәйекті негізгі белгіні квалификациялау; түрлі кезеңдерде тәуелділік белгісінің көрінуі (Метадонды-ПБЗ белсенді тұтыну мерзімі, өткір абстиненттік мерзімі, абстиненттіктен кейін мерзім) кезінде диагностикалау критерийлерін бағалауына берілген .

Клиникалық-биохимиялық зертханаларда зерттелген клиникалық-зертханалық зерттеу хаттамаларының стандарттық формаларында тегі, аты, әкесінің аты, туған жылы, алдын ала қойылған диагноз, қаралу күні, анализдер нәтижелердің көрсеткіштері тіркелген.

#### 5.3.2. Клиникалық-психологиялық әдіс

Осы әдіспен жеке дара өзіндік ерекшеліктердің өзгеру динамикасы зерттелді, мінез-құлық, когнитивтік және эмоциялық салаларда өзгерістердің анық көріну деңгейі анықталды.

Келесі психологиялық әдістер мен тестілер қолданылды: ММРІ қысқартылған нұсқасы, депрессия шкаласы.

Психологтармен жүргізілген психологиялық зерттеулердің хаттамаларының стандарттық түрлерінде тіркеледі: зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты, туған жылы, жынысы, тестілеудің күні, психологиялық диагностикалауға кіретін, ауалдамалардың атаулары. Хаттамаларда әр психологиялық тестілеуге көрсеткіштер мен интерпретация, сонымен қатар қызметтік ақпарат түрінде психодиагностикалық зерттеу деректері бойынша қорытындылар бар.

#### 5.3.3. Әлеуметтік-психологиялық әдіс

Осы әдістің көмегімен емделушілердің әлеуметтік қызметтері зерттелді. Бұл жағдайда өмір сапасы және аддикцияның ауырлық индексі (бөлімдер жұмыс, заңды статусы, отбасылық/әлеуметтік статусы) бағалау шкаласы қолданылды.

#### 5.3.4. Зерттеудің статистикалық әдісі

Бұл әдіс клиникалық-психопатологиялық, эксперименттік-психологиялық параметрлері бойынша динамиканың осы зерттеудің көрсеткіштерін айырмашылықтардың нақтылық бағасымен талдау мақсатымен қолданылды және ESAG эксперттік жүйесі пакетіне кіретін, Agstat ехе компьютерлік бағдарламасымен жүзеге асырылды.

#### 5.4. АОТ бағдарламасының жалпы көрсеткіштері

##### 5.4.1. АОТ пилоттық жобасы бойынша жалпы деректер

Төменде ұсынылған №№ 5-9 кестелерде жеке екі қалада және жалпы ҚР бойынша АОТ жоба топтарының жалпы сипаттамасы ұсынылған.

АОТ бағдарламасының тиімділігі жыл бойы жобада болған тұлғалардың пайыздық ара қатынасымен сипатталды. Бұл көрсеткіш АОТ бағдарламасына қабылдаудың барлық жағдайлардың санынан (2008 ж., қараша айынан бастап) келесі көрсеткіштер санына (соңғылар кестеде бөлініп көрсетілген) ара қатынасынан есептелді:

- бағдарламадан шығып кеткен, яғни оң нәтижемен жоспарлы тәртіпте емдуді аяқтаған емделушілер саны;
- бағдарламадан шығып кеткен, яғни бұрын істеген қылмыстар үшін қылмыстық жауапкершілікке тартылған емделушілер саны;
- бағдарламадан шығып кеткен, яғни қайтыс болған емделушілер саны;
- бағдарламаға қайтадан қабылданған емделушілер саны;
- жылдың соңына, бағдарламаға қатысатын емделушілер саны.

Осылайша, жылдың аяғына АОТ бағдарламасында ұстап қалу деңгейі Павлодар аймағы бойынша 72,9 %, Теміртау бойынша-75,67 % құрады. Орташа коэффициент 74,28 % құрады, ол Қазақстанда апиынды тәуелділікті емдеу бағдарламасы үшін өте жақсы көрсеткіш болып бағалануы керек.

#### №5 кесте-АОТ жоба қатысушылары туралы сандық деректер

№ р/с	Критериилер	Павлодар қ.	Теміртау қ.	ҚР барлығы
1	2008 жылдың қараша айынан бастап, АОТ бағдарламасына қабылдаудың барлық жағдайларының саны	48	37	85
2	Жобаны іске асыру жылы ішінде бағдарламадан шығып кеткен емделушілер саны	21	18	39
	<i>Оң нәтижемен жоспарлы тәртіпте емдуді аяқтаған емделушілер саны</i>	5	2	7
	О.і. жоспардан тыс емдуді тоқтату	10 (жоспарлы шығудан тыс емдеуден үзілді-кесілді бас тарту)	10 (жоспарлы шығудан тыс емдеуден үзілді-кесілді бас тарту)	20
	<i>О.і. бұрын істеген қылмыстар үшін қылмыстық жауапкершілікке тартылған емделушілер</i>	2	2	4
	О.і. АОТ жобасына қатысу кезінде істеген қылмыстар үшін қылмыстық жауапкершілікке тартылған емделушілер	2	-	2
	Тәртіпті бұзғаны үшін шығарылған (тұрақсыз қатысу – 5-10 күнде 1 рет)	1	3	4
	Медициналық персоналға қатысты агрессия көрсеткен үшін шығарылған	-	1	1
	<i>Қайтыс болған</i>	<i>1 (соматикалық)</i>	-	<i>1</i>

		<i>күйі бойынша)</i>		
3	<i>Бағдарламаға қайтадан қабылданған емделушілер саны</i>	1	2	3
4	<i>Жылдың соңына бағдарламаға қатысатын емделушілер саны</i>	26	22	48
5	Бағдарламада ұстап қалу пайызы	72,9 %	75,67 %	74,28 %

№5 кестенің 2 тармағынан көріп отырғандай, емдеу бағдарламасына қатысуын аяқтау және шағып кету түрлі себептермен болып отырды, оның ішінде келесілері негізгі болып келеді (жиіліктің төмендеуі бойынша көрсетілген).

1. *АОТ бағдарламасынан өз бетімен жоспардан тыс шығып кету.* АОТ шығып кетудің себебі ең көп кездесетіні (бағдарламадан мерзімнен бұрын шығып кетудің барлық себептердің 51,28 % құрайды), алдын ала әңгімелесуге және келісімшартты жасасу шарттарын түсіндіруіне карамастан. Мұнда емделушілер метадоннан басқасын күткенін (мастануды сезбеген), мекен-жайларын ауыстырғандықтан және т.б. байланысты, күн сайын перпараттың дозасына келіп отырудан шаршағандарымен түсіндіріп, емделуден үзілді-кесілді бас тартқан жағдайлар кіреді.
2. *Дәрігер мен емделушінің келісімі бойынша емделудің жоспарлы яқталуы нәтижесінде АОТ бағдарламасынан шығару.- 17,94 %.* Бұл көрсеткіш емделуші үшін емделудің жеке жоспарын толық орындау туралы және емделуден күтілген әсерге жетуін дәлелдейді. Осы кезге барлық емделушілер заңсыз есірткі заттардан тартынып жүр, психотерапевтикалық топтарға эпизодтық қатысады, жеке кәсіпорындарда жұмыс істейді.
3. *Тәртіпті бұзғаны үшін, дәлірек метадон гидрохлоридін беру пунктеріне тұрақсыз барғаны нәтижесінде АОТ бағдарламасынан шығып кету.* Бұл емделушілер тобы метадонды 5-10 күнде 1 рет қабылдаған. Сонша ұзақ үзілістер емделушілердің психикалық белсенді заттардан толығымен ұстанумен оңалту бағдарламаларын өту мүмкіндігі туралы дәлелдейді, оларға солай істеу ұсынылды. Бұл себеп АОТ бағдарламасынан шығудың барлық себептерінің 10,25% құрады.
4. *АОТ жобасына қатысу кезінде істеген қылмыстар үшін қылмыстық жауапкершілікке тартылғандықтан АОТ бағдарламасынан шығып кету (5,12%).* Бұл себеп клиенттердің бір бөлігі нормативтік, әлеуметтік икемделген өмірге қиын тартылуын дәлелдейді. Емделушілердің өмірлерінің ұзақ дезадаптивтік мерзімін еске ала отырып, ықтимал криминалдық эксцесстерді болжамдауға болар еді.
5. *Медициналық персоналға қатысты агрессия көрсеткені үшін шығарылған жағдайлар 2,56% құрады.*
6. *Емделушінің қайтыс болу себебі бойынша АОТ бағдарламасын тоқтату 2,56% құрады.* Мұнда бұл жалғыз қазалы оқиға. Өлімнің себебі АҚТК-инфекция, ЖҚТБ фонындағы бұрыннан тыныс органдарының ауыр оппортунистік ауруларымен байланысты. Емделушінің өлімі метадонның және метадонмен емдеу қолдаушы бағдарлама әсерімен тікелей байланысты болмағандықтан, осы оқиғаларды орынбасушылық қолдаушы терапияға қатысты интерпретациялау мүмкіндігін жоққа шығарады.

№5 кесте. – АОТ жобасына қатысудың орташа ұзақтығы (n=48)

АОТ бағдарламасына емделушілердің кірген	Павлодар емделушілердің	Теміртау емделушілердің	АОТ қатысу	Бір емделушінің жобаға қатысуының
--	-------------------------	-------------------------	------------	-----------------------------------

айы	саны (30.10.08ден 30.10.09дейін)	саны (14.11.08ден 14.11.09дейін)	уақыты (ай)	ортша ұзақтығы
Қазан 2008	5	-	12	9,46 ай
Қараша 2008	4	7	12	
Желтоқсан 2008	5	10	11	
Қаңтар 2009	1	1	10	
Ақпан 2009	-	1	9	
Наурыз 2009	1	-	8	
Сәуір 2009	-	1	7	
Мамыр 2009	2	1	6	
Маусым 2009	1	1	5	
Шілде 2009	6	-	4	
Тамыз 2009	-	-	-	
Қыркүйек 2009	-	-	-	
Қазан 2009	1	-	1	

Жобаның іске асырылу жылының аяғына бағдарламада 1 жылдан астам қатысып келе жатқан емделушілердің саны, жалпы жағдайлар санына қатысты 16 адамды немесе 33,3% құрады. Бағдарламада қатысудың орташа ұзақтығы 9,46 айды құрайды.

№7 кесте – зерттелетін топтың әлеуметтік-демографиялық сипаттамасы

Сипаттамалар	Абсолюттік сан (адам)	%	Органың сенімді интервалы
<b>Жынысы</b>			
Ерлер	37	77,08 %	46 <math>\diamond</math> 94,1%
Әйелдер	11	22,91 %	$\pm$ 18,1%
<b>Жасы</b>			
26... 30 жас	9	18,75 %	$\pm$ 18,4%
31... 40 жас	27	56,25 %	$\pm$ 29,53%
41...50 және аса жас	12	25 %	5,3 <math>\diamond</math> 39,4%
<b>Ұлты</b>			
Орыстар	43	89,58 %	71,1 <math>\diamond</math> 97,8%
Немістер	1	2,08 %	1,3 <math>\diamond</math> 41%
Қазақтар	4	8,33 %	1,2 <math>\diamond</math> 32,4%
<b>Қаралу кезіндегі білімі</b>			
Аяқталмаған орта (5-9 сынып)	3	6,25 %	0,2 <math>\diamond</math> 29,8%
Орта	24	50 %	$\pm$ 21,1%
Арнайы орта	18	37,5 %	$\pm$ 19,4%
Аяқталмаған жоғары	1	2,08 %	1,3 <math>\diamond</math> 41%
Жоғары	2	4,16 %	0,2 <math>\diamond</math> 29,7%
<b>Жұмыспен қамтылуы</b>			
Жұмыссыз	22	45,8 %	$\pm$ 20,3%
Мамандырылған маман	3	6,25 %	1,3 <math>\diamond</math> 18,3%
Жұмысшы мамандар	6	12,5 %	0,2 <math>\diamond</math> 23,8%



Жеке тәртіпте	9	18,75 %	1,3 <> 42%
Волонтер	8	16,7 %	11,3 <> 61,3%

№8 кестеде ұсынылған деректер, ертеректе АОТ жоба қатысушылардың заңсыз есірткі заттарды инъекциялық тұтынғандарын растайды. Ол туралы коморбидтік патология дәлелдейді, атап айтқанда: АОТ емделушілерінде гепатиттердің және АҚТК-инфекцияларының болуы.

№8 кесте- Ілеспе соматикалық патология

Паталогияның атауы	Абсолюттік сан (адам)	%	Ортаның сенімді интервалы
<b>Мүгедектік</b>			
Мүгедектіктің жоқтығы	45	93,75 %	76,9 <> 98,6%
Жалпы ауру бойынша мүгедек	2 (соматикалық аурулар бойынша II және III топтар)	4,16 %	0,29 <> 27,3%
Бала кезінен мүгедек	1	2,08 %	1,2 <> 39,4%
<b>АҚТК-статус</b>			
Позитивті - АҚТК	35	72,91 %	44 <> 93,5%
Негативті -АҚТК	13	27,08 %	8,2 <> 54%
<b>Ілеспе патология</b>			
С гепатиті	15	31,25 %	±19,8 %
В гепатиті	1	2,08 %	1,2 <> 39,4%
В және С гепатиттері	32	66,66 %	±2,9%
Туберкулез	6	12,5 %	1,2 <> 37,4%

Жобаға қатысушылармен емдеу және оңалту тәжірибесі туралы деректер қызықты болып көрінеді (№9 кесте). Осы деректердің талдануы сауықтырудың бұрынғы сәтсіз тәжірибесі туралы қорытындыға келуге мүмкіндік береді.

№9 кесте-Емделу тәжірибесі

Емделу түрі	Абсолюттік саны (адам)	%	Ортаның сенімді интервалы
Психофармакотерапия	10	20,83 %	0,2 <> 35,1%
Дезинтоксикация	21	43,75 %	1,9 <> 58,3%
Симптомдық	42	87,5 %	54,5 <> 95,8%
Жалпы бекітетін	43	89,58 %	54,9 <> 95,8%
Экстракорпоральды детоксикация	3	6,25 %	0,2 <> 29,3%
Жеке психотерапия	42	87,5 %	54,5 <> 95,8%
Топтық психотерапия	46	95,8%	57,1 <> 97,3%
әлеуметтік оңалту	42	87,5 %	54,5 <> 95,8%
Физиологиялық емдеу	46	95,8%	57,1 <> 97,3%

#### 5.4.2. Клиникалық сипаттама

##### 5.4.2.1. Метадон дозасының алғашқы/бастапқы сұрыпталуы

Бастапқы дозасы емделушінің ауру тарихының және ағымдағы физикалық күйінің дәрігерлік бағалануына негізделген. Алғашқы дозаның және алғашқы қосымша мөлшерлемелердің мақсаты героиндық абстиненттік белгіні шешу және седацияға жоламай, есірткіге деген құмарлықты азайту болып табылады.

Емделушілер героиндық абстиненттік көріністер фонында метадон қабылдауды бастаған. Метадон дозасын қабылдаған соң героиндық абстиненттік көріністер 3-5 сағат ішінде (оқиғаның 100 %) шешілді. Метадонның бастапқы дозасы 20-30 мг, келесі күндері 5-10 мг біртіндеп дозаны көбейту. Метадон дозасы 7-14 күн бойы жеке сұрыпталып отырды.

#### 5.4.2.2. Метадонның қолдаушы дозасын сұрыптау

Қолдаушы доза емделушімен ұсынылған, ақпарат еске алына отырып, тәжірибелі нарколог-дәрігерімен жеке анықталады. Доза, қол жеткізген күтілген әсерлер 24 сағат бойы және одан көп уақыт сақталғандай болып сұрыпталды.

Дәрігерлер тобы өздерінің барлық сессияларын өткізген кезде метадондық қолдау емделушінің қалағаны бойынша және осы ем пайдалы болып тұрғанша, соншалықты ұзақ уақыт жалғасуы қажеттілігіне сүйене отырып, бағдарламада ұзақ ( Ю. А. Росинскийдің ұсынысы бойынша) балуды бағдар етті.

Орташа метадон дозасы екі аптадан төрт аптаға дейін тұрақтандырылды.

Емделушіні қолдау фазасы кезінде оқиғаның 54,1% бір дозада болды. Басқаларына қатарлас соматикалық патологияны емдеу курсымен, оның ішінде, туберкулез, АРВ-терапия, отбасындағы стресстік ахуалмен, ауыр қара жұмысқа шығумен байланысты біраз мерзімді түзетулер қажет болды (емделушілердің 45,9%).

J. Thomas Payte, Elizabeth T. Khuri айтуынша, бар метадондық бағдарламалар арасында ең әдеттегісі субтерапевтикалық дозалар, және бірнеше зерттеулерге сүйене отырып, метадонның адекватты дозалары, жеке және клиникалық сұрыпталған, заңсыз есірткі заттардың тұтынуын азайтады және емделушілердің бағдарламада ұстап қалуын жақсартатынын көрсетеді (J. Thomas Payte, Elizabeth T. Khuri цит. бойынша).

Доза жеке клиникалық үрдістерге, нарколог-дәрігердің кәсіби дағдыларына негізделіп анықталды. Метадонның орта тәулік дозасы (жылына орташасын, №1 кестені қара) 65,28 мг құрады (Павлодар аймағы бойынша -59,9 мг, Теміртау бойынша- 70,6 мг). Қабылдау уақыты Павлодар қ. күн сайын сағат 8.00ден 10.00 және сағат 17.00ден 18.00. Теміртау қаласында метадонды қабылдау тәртібі: сағат 10.00ден 11.00дейін және сағат 17.00ден 18.00 дейін, күн сайын.

Жобаның пилоттық сипаты және емделушілермен метадон гидрохлоридін қолданудың бірінші тәжірибесі препараттың дозаларының өзгеруін түсіндіреді. Жобаны іске асыру барысында емделушілердің қалауы бойынша дозаны азайту жағдайы болды. Олай істеулерінің себебі жұмысқа тұру ниеті, күнде клиникаға келуден шаршағандықтары болды. Барлық жағдайларда емделушімен және оның туыстарымен қосымша білімдік жұмыс жүргізілді.

#### 5.4.2.3. зерттеудің клиникалық-зерханалық көрсеткіштері

Өткізілген клиникалық лабораториялық зерттеулер негізінде емделушілердің салыстырмалы соматикалық амандықтары туралы қорытынды жасауға болады. Бұл ретте біз коморбидтік патологияның барын (позитивті АҚТК-статусы, В, С, гепатиттері басқа соматикалық аурулар), сонымен қатар 9,46 ай бойы метадон гидрохлоридінің уландырғыш әсерінің мүмкіндігін (АОТ бағдарламасы қатысудың орта ұзақтығы) назарға алуымыз керек.

*Қанның жалпы анализі.* АОТ бағдарламасына кірерде және одан әрі тоқсан сайын өткізіледі. Жобада қалған емделушілердің қанының жалпы анализ көрсеткіштерін зерттеу көрсеткіштердің тоқсан сайынғы ауытқуларына қарамастан, деректер норма шамасында қалып отырғанын көрсетті. Норма шамасынан асатын эритроциттердің

шөгуінің жылдамдығы (СОЭ-ағзадағы қабыну үрдісінің барын дәлелдейтін, көрсеткіш) болып табылды. Норманың болмашы асуы – СОЭ сағатына 15тен 26 мм дейін жылдамдатуы жобаға кірер алдында емделушілердің 42,8 %-да байқалды. Осы көрсеткіш динамикада норма шегіне келді (№10 кесте).

№10 кесте- Қанның жалпы анализінің негізгі көрсеткіштері

Қан көрсеткіштері	АОТ жобасына кірерінде	Жобаның іске асырылуынан 3 ай кейін	Жобаның іске асырылуынан 6 ай кейін	Жобаның іске асырылуынан 9 ай кейін	Жобаның іске асырылуынан 12 ай кейін
Гемоглобин (г/л)	133,5	136,5	134,1	124,5	135,2
Эритроциттер ( $10^{12}/л$ )	4,1	4,42	4,14	4,09	4,2
Лейкоциттер ( $10^9/л$ )	5,1	5,7	5,5	5,0	5,0
СОЭ (мм/с)	14,5	15,5	13,2	11,6	10,2

*Қанның биохимиялық талдауы.* АОТ бағдарламасына кірерде және 6 айда 1 рет (зерттеу көрсеткіштер бойынша, жоспарлы қайтадан зерттеу 6 айда 1 рет) өткізіледі. Норма шамасынан келесі көрсеткіштер, глюкоза сияқты (көмірсулар алмасуын көрсететін, ұйқы безі ауруларын, эндокриндік бездердің қызмет етуінің бұзылуын, ОНЖ органикалық зақымдануын, бауырдың қабыну немесе дегенеративтік сипаттағы ауруларын диагностикалау маңызы бар), АЛТ (бауырдағы патологиялық процесстерде, ұйқы безінде, содан кейін басқа тканьдарда), АСТ (көбінесе жүрек, эритроциттердегі, қаңқа бұлшық етте, кейін бауырда патологиялық үрдістерді көрсетеді), тимолдық сынау (бауырдың белоктық-синтетикалық қызметін, бауырдағы патологиялық қабыну процесстің барын бағалайды) көрсеткіштері шығып отырды (№11 кесте).

Қызықтысы, осы көрсеткіштер өзінің ең жоғарғы патологиялық мәніне жобаның іске асырылуының ортасында – 6 айдан соң жеткені болып табылады. Кейін динамикада олардың жақсаруы көрсетіледі. Ондай өзгерістерді түсіндірудің бірнеше себептері болуы мүмкін:

А) коморбидтік патологияның болуы, оның белсенділігі стресстің болмауынан тоқтатылды (есірткі заттарға қатысты), сонымен қатар қолдаушы симптоматикалық емдеумен;

Б) қолдаушы емдеу фонында метадон гидрохлорид препаратының ықпалына бейімделу.

№11 кесте –Қанның биохимиялық анализдерінің негізгі көрсеткіштері

Көрсеткіштер	АОТ бағдарламасына кірер алдында	Жобаның іске асырылуынан 6 ай кейін	Жобаның іске асырылуынан 12 ай кейін
Жалпы ақуыз (г/л)	82,3	74,3	82,9
Мочевина (ммоль/л)	4,7	4,1	4,6
Глюкоза (ммоль/л)	7,2	3,6	4,4
АЛТ (мккат/л)	0,5	1,2	0,54
АСТ (мккат/л)	0,36	1,25	0,62
Жалпы билирубин (мкмоль/л)	14,9	28,8	15,1
Тимолдық сынау (бірл)	9,68	11,2	9,8

CD-4 иммунитеттің маңызды қызметтерін атқаратын, қанның ақ клеткалары. Адамның қорғаныш тапшылығының көрсеткіші (АҚТК) CD-4 рецепторларымен Т-лимфоциттермен байланыса алады, одан кейін вирус осы клеткалардың ішіне еніп – «оларды жұқтырады». Егер де АҚТК-жұқпалы аурулы адам өзін жақсы сезінгеннің өзінде және аурудың ешқандай белгілері білінбесе де, CD-4-клеткалардың көп саны жұқтырылады және вируспен жойылады оған қоса бүлінеді, жасуша орын басуы үшін, біздің ағзамыз сол санда оны өндіреді.

Наркологиялық диспансерлер базасында CD-4 жасушаларына зерттеулер жүргізілмеді, нәтижелері Павлодар және Теміртау қалаларының ЖҚТБ-орталық қызметкерлерімен ұсынылған. CD-4 орта көрсеткіші жоба басында қанның текше миллилитрде 435,8 жасушаны құрады (минималды-81, максималды-815). Жобаның іске асырылуынан бір жылдан соң – 462 клетка/текше.мм, бұл ретте ең төменгі деңгейі-84, ең жоғарғысы-1351. Жалпы, CD-4 көрсеткіштерінің жақсаруын атап кету қажет.

Зәрдің жалпы анализі (№12 кесте). Зерттеу жоспарлы тәртіп бойынша үш рет (АОТ жобасына кірер алдында, жобаның іске асырылуынан 6 және 12 айдан соң), сонымен қатар қажет болғанда өткізілді. Бірінші зәрдің жалпы анализі зерттеу кезінде ең жиі кездесетін патологиялардың бірі ақуыз нышандары (0,033 г/л дейін) – 21,7 % жағдайда көрсетілді. Динамикада бұл көрсеткіш сирек кездесті (емделушілердің 4,34 %). Эритроциттердің (гематурия) болуы жобаның іске асырудың барлық мерзімінде бір емделушіде болды.

№12 кесте зәрдің жалпы анализінің негізгі көрсеткіштері

Көрсеткіштер	АОТ бағдарламасына кірер алдында	Жобаның 6 ай асырылуынан кейін	Жобаның 12 ай асырылуынан кейін
Түсі	сары	сары	сары
Салыстырмалы тығыздық	1016	1015	1017
Ақуыздың нышандары	21,7%	8,6%	4,34%
Жалпақ эпителий (көз алдында)	2,5	2	2,2
Лейкоциттер (көз алдында)	3,9	3,1	4,1
Бактериялар (1 мл-да)	4,1 %	4,1%	2,08%
Жалқық	22,9%	12,5%	4,1%
Эритроциттер	2,08%	2,08%	2,08%

#### 5.4.2.4 Соматикалық асқынулары, шешілуі

Метадонды қабылдаған кезде ұзақ мерзімді уландырғыш жанама құбылыстар (барлық фармацевтикалық типтік апиындыларда), қажетті гигиенаны және бақыланатын мөлшерді сақтағанда ондай құбылыстар аз санды болады. М.Дж.Крик «биологиялық және биохимиялық жоспардың өзгеруі, әрине, метадонды қабылдаған кезде болады, бірақ клиникалық жолмен анықталатын, жанама құбылыстар, орынбасушылық метадондық терапияны үнемі алып отыратындардың өзінде, аз санды болып келеді. Метадонмен ұзақ мерзім емделу курстары кезінде уланулар өте аз болып тұрады. Метадонның көмегімен ұзақ терапия кезінде емделушілердің күйінде көзге түсерлік алға басулары, емделудің басындағы күйлерімен салыстырғанда, жалпы денсаулықтың және тәбеттің жақсаруымен байланысты» (Krek M.J. 1983).

Метадонды ұзақ уақыт қолдану кезінде пайда болған негізгі проблемалар:

1. Қатпалар. 91,6% жағдайында метадонды бір жұма үздіксіз қабылдаудан кейін пайда болды. Нәжістің кідіру құбылыстары іш жүргізетін әсері бар препараттарды қосымша белгілеумен (бисакидол, іш жүргізетін шай) және диетаны түзеткеннен соң шешілді. Осы уақытта қатпалар емделушілердің 16,6 % сақталады.
2. Лоқсу, құсық. 66,6% жағдайында АОТ бастапқы кезеңдерінде емделушілер лоқсуға, мерзімді құсуға шағымданды. Диспепсикалық құбылыстар 7-12 күннен соң шешілді.
3. Тері қышуы, тері бөртпелері. Метадонды қолданудың 2-ші жұмасында бетте, қабыршақтануға айналумен іште (52,08%) ұсақ папулездық бөртпе түрінде аллергиялық дерматит пайда болды. 8% бөртпелер іште, қолда, аяқта күлдіреу түрінде болды. Бөртпелер қышыды. Аллергиялық компонент 2 жұмадан кейін шешілді. Қосымша белгілеу ретінде: күніне 4 рет 2 дәріден №7 активтенген көмір, күніне 4 рет 2 дәріден №10 кальций глюконаты, диетаны түзету.
4. Дене салмағының төмендеуі. Арықтау 83,3% жағдайында метадонды бір ай үздіксіз қабылдаған соң байқалды. Дене салмағын жоғалтуы орташа 4,4 кг құрады (400 граммнан 9 кг дейін). Бақылаудың 4-ші айының басына дене салмағының төмендеуі ЖҚТБ белсенді кезеңдегі 2 емделушіде ғана байқалды. Жобаның іске асырылу жылының аяғына қарай дене салмағының төмендеуі жаңадан қабылданған емделушілерде ғана байқалды.
5. Жыныстық әлсіздік. Емделушілердің 60,4% байқалуы жалғасуда.

АРВ-терапиясына бейімділік.

Жоғарыда көрсетілгендей жобаға АҚТК -позитивті статуспен 35 емделуші (72,91%) қатысады. Осы емделушілер жалпы санынан тек бесеуі АРВ-терапиясын алған. Клиникалық және психотерапевтикалық жұмыс барысында 6 емделуші АРВ-терапиясын бастады. АОТ қайтадан кіргізілген, соңғы емделушімен қазіргі кезде АРТ-терапияның қажеттілігі туралы таландыру терапиясы жүргізілуде. Осылайша, бағдарлама мақсаттарының бірінің біртіндеп орындалуы туралы қорытынды жасауға болады-АРВ-терапияға бейімділікті 14,28%-дан (жобаға қатысушылардың, АҚТК позитивті тұлғалардың ішінен) 31,42% дейін көбейту.

Айыққандықты бақылау. ПБЗ инъекция арқылы қолдану

Бағдарламаға қатысу мерзімі бойы емделушілер үздіксіз зәрде басқа психологиялық белсенді заттардың барына анализдерді тапсырып отырады. Метадонмен қатарлас, психологиялық белсенді заттардың метаболиттер анықталған жағдайда, емделушімен жеке психотерапевтикалық сессиялар, метадон дозасының түзетілуі өткізілді.

Жалпы, заңсыз есірткі заттарын тұтынуының төмендеуінің оң динамикасы байқалады. Анализдердің нәтижесі бойынша (скрининг-тест), жобаның іске асырылуының алғашқы 3 айы бойы емделушілердің 16% күн сайын көшедегі есірткіні қабылдауын жалғастырды, емделушілердің 42% мерзімді анализдерінің оң нәтижесі байқалып отырды. Жобаның іске асырылуының тек төртінші айына ғана емделушілердің 10% кез келген психологиялық белсенді заттарды (апиынды, каннабиноиды, спирттік) тұтынудан толығымен ұстанды. Жобаның іске асырылу жылының соңына қарай, заңсыз ПБЗ тұтынудан толық ұстанғандардың саны 60,4% өсті, ал күн сайынғы есірткіні тұтыну мүлдем тоқтатылды (№13 кесте).

№13 кесте- Жобаның іске асырылу барысында апиынды топтағы препараттарды тұтынудың жиілігі мен еселігі

Шкала атауы	Жоба басында		3 айдан соң		6 айдан соң		9 айдан соң		12 айдан соң		P
	Абсолюттік сан		Абсолюттік сан		Абсолюттік сан		Абсолюттік сан		Абсолюттік сан		
Жобаға қатысушылардың саны	50		50		51		48		48		
Күн сайын тұтыну	48	96	8	16	4	7,8	-	-	-	-	<0,01
Тұрақсыз, орайына қарай, айына 1 рет	2	4	37	74	32	62,7	30	62,5	19	39,5	<0,01
Заңсыз ПБЗ толық ұстану	-	-	5	10	15	29,4	18	37,5	29	60,4	<0,01
Тәулігіне есірткіні тұтынудың еселігі	1,5	-	0,5	-	0,5	-	0,5	-	0,1	-	<0,01

Заңсыз ПБЗ инъекция арқылы тұтынудың төмендеуіне қатысты оң динамика байқалады. «Тәуелділіктің ауырлық индексі» (ТАИ) сауалдама нәтижесі бойынша «Алкоголь/есірткі» бөлімінде есірткі заттарын инъекция арқылы тұтыну санының төмендеуі байқалады (№14 кесте). Осылайша, ИЕТ арасында індет жұқтырудың алдын алу арқылы, ҚР АҚТК/ЖҚТБ індетіне қарсы тұру тиімділігі туралы қорытынды жасауға болады.

№ 14 кесте. ИЕТ инъекция арқылы тұтынудың төмендеуі

Шкала атауы	Жоба басында		3 айдан соң		6 айдан соң		9 айдан соң		12 айдан соң		P
	A*	B*	A*	B*	A*	B*	A*	B*	A*	B*	
Жобаға қатысушылардың саны	50		50		51		48		48		
Алкоголь	5,4	ауызбен	4,1	ауызбен	4,6	ауызбен	4,3	ауызбен	4,4	ауызбен	-
Героин	22,98	Инъекция арқ	4,15	Инъекция арқ	2,28	Инъекция арқ	0,5	Инъекция арқ	0,39	Инъекция арқ	<0,01
Басқа апиындылар/анальгетиктер	5,86	Инъекция арқ	1,39	Инъекция арқ	0,76	Инъекция арқ	0,12	Инъекция арқ	-	Инъекция арқ	<0,01
Барбитураттар	6,6	ауызбен	3	ауызбен	-	ауызбен	-		-		-
Седативті/транквилизаторлар	9,6	ауызбен	4,2	ауызбен	-	ауызбен	-		-		-

Ескерту: А-соңғы 30 күн ішінде тұтыну күндердің орта саны; В-ПБЗ тұтыну әдісі.

#### Психикалық әлеуметтік сипаттама

Осы бағдарламаның негізгі міндеттеріне сәйкес—зиянды төмендету, емделушілердің әлеуметтік бейімделуі, емделушілердің өмір сүру сапасының жақсаруы және ПБЗ тұтынусыз әрі қарай өмір сүру мүмкіндігі туралы емделушіні ойланту үшін психотерапевтикалық қолдау, жобаны іске асыру барысында міндетті түрде психотерапевтикалық топтар өткізіледі, әлеуметтік қызметкерлермен жұмыс жүргізіледі.

Бастапқы кезеңде жобаға қатысушылардың барлығымен жеке психологиялық кеңес беру жұмысы жүргізілді, оның барысында емделушілердің проблемалы профилді теңдестірілді, қалыптасқан ағдайдан шығу жолдары анықталды. Әрі қарай, психотерапевтикалық топтарды өткізу барысында позитивті динамиканың сақталуы жалғасуда. Емделушілердің негативті және позитивті тұлғалық статусын теңдестіру бойынша жұмыс жүргізілуде. Емделушілердің бір бөлігінде есірткіге тәуелділіктен шығу, босану және психикалық белсенді заттарды тұтынусыз салауатты өмірге даярлық тенденциясы пайда болды.

Топтық сабақтар аптасына 2 рет өткізіледі. Топтық сабақтардың ұзақтығы 3 сағат (10-13 сағ дейін). Жобаның нарколог-дәрігеріне тұрғындардың хабардарлығы жоғарылаған сайын ҚР басқа аймақтарынан және таяу шетелден жобаға кіргізу туралы ИЕТ туыстарынан өтініштер келіп жатыр.

5.4.3.1. АОТ жобасына қатысушылардың клиникалық-психологиялық сипаттамасы

№15 кестеде ұсынылған деректерге сәйкес емделушілердің позитивті психологиялық динамикасы туралы қорытынды жасау мүмкін болды. Соның ішінде, нормалау жағына емделушінің орташаланған профилінің өзгеруі, тұлғаның кейбір мінездемелері көріністерінің төмендеуі байқалады (ұсынылған шкалалар бойынша емделушілердің орта профилдерінің өзгеруі статистикалық маңызды).

№15 кесте- MMPI қысқартылған нұсқасы

Шкала атауы	Жоба басында		3 айдан соң		6 айдан соң		9 айдан соң		12 айдан соң		P
	балл	ортаның сенім білдіретін интервал	балл	ортаның сенім білдіретін интервал	балл	ортаның сенім білдіретін интервал	балл	ортаның сенім білдіретін интервал	балл	ортаның сенім білдіретін интервал	
Ипохондрия (Hs)	60	±2,9	52,8	±3,6	52,3	±3,8	52,2	±4,1	52,2	±4,1	<0,01
Депрессия (D)	66,5	±2,9	54,1	±4,1	53,7	±4,2	53,6	±4,2	53,6	±4,2	<0,01
Истерия (Hy)	69,4	±4	54,4	±4,2	54,9	±4,8	54,4	±5,1	54,4	±5,1	<0,01
Психопати (Pd)	69,5	±5,8	58,4	±4,7	57,8	±4,6	57,7	±4,4	57,6	±4,4	<0,01
Психастения (Pt)	61	±4,6	52	±4,3	52	±3,3	51,7	±3,1	51,7	±3,1	<0,01

Аффектік саланы сипаттаған кезде (Зунг шкаласы бойынша) позитивті динамиканы атап кету қажет. Жобаның іске асырылу бірінші жылының соңына край емделушілердің көңіл-күйлерінің қалыпты фоны өскенін 2-суреттен байқауға болады. Байқалудың алтыншы айдың деректерінде өзгешеліктері бар, ситуативтік немесе невротикалық генездің жеңіл депрессиямен, тұлғалардың арқасында көңіл-күйлерінің қалыпты фонымен тұлғалардың саны төмендеді. Оны АОТ жалғасыуына қатысты белгісіздікпен және емдеу курсы үзгілері келмейтіндерімен (метадонды әкелінуінің кешіктіру мүмкіндігі) байланысты, қалыптасқан ахуалымен түсіндіруге болады.

Аффективтік саланың клиникалық және субклиникалық бұзылу формаларындағы тұлғалар (субдепрессивтік немесе жасырылған күй және шын депрессия) зерттеудің 12 айына азайды. Оны түсіндіретін бірнеше себеп бар:

-метадон дозасын дұрыс түзету және нәтижесінде адекватты орынбасушылық терапия;

- кейбір жағдайларда антидепрессанттарды белгілеу;

- жеке немесе топтық режимде психикалық түзету терапиясы.

Сонымен қатар динамикада емделушілердің күйлеріндегі өзгерістердің статистикалық сенім білдіретін айырмашылықтары алынбағанын атап кету қажет.

## ГРАФИК қалыпты

Ситуативтік немесе  
невротикалық  
генездің жеңіл  
депрессиясы

субдепрессивтік немесе  
жасырылған депрессия

шын депрессия

2 сурет. Зунгр шкаласы бойынша аффектік саланы сипаттау

### 5.4.3.2. АОТ емделушілерінің әлеуметтік динамикасы

Респонденттердің амандықтарын субъективті және олардың өз өмір сүру жағдайымен қанағаттанушылықтарын бағалаудағы оң динамиканы көрсетіп кету қажет. Өмір сапаларының көрсеткіштері (өмір сүру сапасының бағалау шкаласының деректері бойынша) алты саламен ұсынылған. Олардың статистикалық маңызды айырмашылығымен «Рухани сала» 3,1-ден 4,7-дейін, «Қоршаған орта» 2,8-ден 3,8-дейін, «Психологиялық сала» 3-ден 3,9-дейін, «Әлеуметтік қатынастар» 2,8-ден 4,3-дейін және «Физикалық сала» 2,2-ден 3,5-дейін шкалалар ұсынылған.

№16 кесте-АОт емделушілердің өмір сүру сапасын субъективті бағалау (ВОЗ КЖ-100)

Шкала атауы	Жоба басында		3 айдан соң		6 айдан соң		9 айдан соң		12 айдан соң		P
	балл	ортаның сенім білдіретін интервал	балл	ортаның сенім білдіретін интервал	балл	ортаның сенім білдіретін интервал	балл	ортаның сенім білдіретін интервал	балл	ортаның сенім білдіретін интервал	
Рухани сала	3,1	±0,4	4,2	±0,3	4,6	±0,27	4,7	±0,27	4,7	±0,27	<0,01
Қоршаған орта	2,8	±0,2	3,5	±0,3	3,7	±0,32	3,8	±0,33	3,8	±0,33	<0,01
Психологиялық сала	3	±0,2	3,7	±0,2	3,9	±0,27	3,8	±0,2	3,9	±0,22	<0,01
Әлеуметтік қатынастар	2,8	±0,3	3,6	±0,2	4,1	±0,2	4,3	±0,18	4,3	±0,18	<0,01
Тәуелсіздік деңгейі	2,8	±0,2	3,3	±0,2	3,3	±0,2	3,4	±0,2	3,4	±0,2	
Физикалық сала	2,2	±0,3	3,2	±0,3	3,5	±0,2	3,4	±0,2	3,5	±0,2	<0,01

Емделушілердің антиәлеуметтік қызметі саласын сипаттаған кезде, келесі нәтижелер алынды. Түзету-еңбек мекемелеріне жолдамасыз қылмыстық жауапкершілікке 3 адам тартылды (6,25%). Бір рет 19 емделуші сотталды (39,58%), екі және одан көп рет қайта сотталғандар – 16 жоба қатысушылары (33,3%).



ИТЗ сауалдама деректері бойынша заңсыз қызметке тарту уақытының жүз пайыздық төмендеуі байқалады (есірткіні сату, жезөкшелік, ұрланған заттарды сату және басқасы). Сонымен қатар, нақтылығын бағалаған кезде, ұсынылған ақпараттың ақиқаттылығында біраз күмән пайда болады. Қылмыстық қызметке тартудың екі оқиғасы және қылмыстық жауапкершілікке тартылуы, шынайы емес жауаптардың растауы болып келеді. Екінші жағынан, психотерапевтикалық сессиялар барысында, ықтимал ұрлықтар, бірақ істелінбеген ұрлық туралы күйзеліс айтылып кетті, заңмен проблемаларды болдырмайтын, құнды басымдылықтар анықталды. Жоба қатысушылары оқиғаның 100 % соңғы 30 күн бойы «заңмен нағыз проблемалардың» жоқтығын байқайды. Отбасындағы қарым қатынастың қалпына келуі 46 жағдайда (95,8%) байқалады, ол АОТ қатысушыларының туыстарының және жақындарының хаттарымен дәлелденеді.

Жобаның іске асырылу барысында жүргізілген жұмыс нәтижесінде 6 қатысушы тұрақты жұмыс орнына орналасты, 12- Павлодар және Теміртау қалаларындағы жұмыспен қамту орталықтарында тіркелді, төртеуі жұмысшы мамандықтарын алды (алған мамандықтары бойынша әзірше жұмыссыз), 5 емделуші ЖҚТБ ОО жанында тұрақты волонтер болып орналасты. Жобаға қатысушылар төленетін жұмыс күндердің орташа саны 8,8 күннен 13,1 күнге өсуін байқады.

3-суретте Жобаның іске асырылуының басынан және бір жылдан соң емделушілердің жұмыспен қамтылғандарының салыстырмалы бағасы ұсынылған.

Жобаның іске асырылуынан  
бір жылдан соң

жобаның басында

жұмыссыз  
білікті маман  
жұмысшы мамандар  
жеке тәртіп бойынша  
волонтер

3 сурет Емделушілердің жұмыспен қамтылуы

## 6. Қорытындылар

Қазақстандағы орынбасушылық терапияның пилоттық жобасымен қойылған мақсаттарға сәйкес нәтижелер бағаланып, келесі қорытындылар жасалды.

1. Жылдың аяғына АОТ бағдарламасында ұстап қалу деңгейі жақсы деп бағаланды, және Павлодар аймағы бойынша 72,9% және Теміртауда-75,6%, ҚР бойынша орташа-74,28% құрады.
2. Жобаның іске асырылу жылының аяғына бағдарламаға жылдан астам уақыт қатысатын емделушілер, жалпы оқиға санына шаққанда 16 адам немесе 33,3% құрады. Бағдарламаға қатысудың орташа ұзақтығы 9,46 айды құрайды.
3. Пилоттық жоба қатысушыларымен метадон гидрохлоридін тұтыну дозасы ұсынылған жалпы әлемдік терапевтикалық мөлшерлеудің төменгі шегіне сәйкес келеді (60-80 мг): Павлодар бойынша –тәулігіне 59,97 мг, Теміртау бойынша – тәулігіне 70,6 мг.
4. Заңсыз есірткі заттарды тұтынудың жиілігі мен еселігінің төмендеуі байқалады: есірткіні күн сайын қабылдау 96 %дан 0% дейін, есірткіні тәулігіне тұтыну еселігі 1,5-тен 0,1-ге дейін.

5. Жобаның іске асырылуының үшінші айынан аяғына дейін заңсыз есірткіден толық ұстанған тұлғалар саны 5-тен (10%) 29-ға (60,4%) көбейді.
6. Соңғы ай ішінде есірткіні инъекция арқылы тұтыну күндерінің орташа саны 73,9 есе төмендеді (айына 28,84 күннен 0,39 күнге дейін).
7. АОТ жобасының АҚТК позитивті емделушілері арасында АРВ-терапиясына бейімді тұлғалар саны 17,4%-ға өсті.
8. Емделушілердің орташаланған психологиялық профилі нормалау жағына өзгерді (психопатия деңгейінен орта, қалыпты деңгейге), оның ішінде аффектілік салада (5.2.3.1. т)
9. Отбасыларда қарым-қатынастың нормаға келуі 46 жағдайда байқалады (95,8%), ол АОТ жобасына қатысушылардың туыстары мен жақындарының хаттарымен дәлелденеді. Сонымен қатар, респонденттердің амандығын субъективті бағалауда және олардың өз өмір сүру жағдайларымен қанағаттанушылықтарында оң динамика байқалады.
10. Заңсыз қызметке тарту уақытының жүз пайыздық төмендеуі байқалады (есірткі сату, жезөкшелік, ұрланған заттарды сату және басқасы). Бұл ретте осы сұрақ бойынша шынайылығының жеткіліксіз деңгейін атап кету қажет.
11. Жобаның барлық қатысушылары (100 %) соңғы 30 күн ішінде «заңмен нағыз проблемалардың» жоқтығын байқайды (Жобаның іске асырылуының басында 4 емделуші бұрын және қайтадан жасаған қылмыстары үшін қылмыстық жауапкершілікке тартылған).
12. Жұмыссыз тұлғалардың саны 10,2% қысқартылды, жұмыспен қамту орталықтарында (12 адам) тіркелген және (4 адам) оқытылған, волонтерлік қызметке белсенді тартылуда (5 адам).
13. Төленетін жұмыс күндерінің орташа саны 8,8 күннен 13,1 күнге өсті.

## 7. Ақыл-кеңес және ұсыныстар

Қазақстан Республикасында АОТ пилоттық жобасының іске асырылуынан алынған нәтижелер негізінде келесі ұсынылады.

- 1) Есірткі тұтынушыларды әрі қарай емдеу және оңалту әдістерінің бірі ретінде қолдану үшін АОТ ұсынылады;
- 2) ұсынылып отырған емдеу әдісінің экономикалық тиімділігі орынбасушылық апиынды терапиядағы тұлғалардың саны көбейген кезде маңызды болады;
- 3) Қатысушыларды жедел немесе жоспарлы ауруханаға жатқызған жағдайда, басқа медициналық ұйымдармен әрекеттесу сұрағын пысықтау қажет (дәлірек метадонды беру);
- 4) Алғашқы мамандандыру, наркологиялық тәжірибеге қосылған нарколог-дәрігерлер, психотерапевтер, психологтар, әлеуметтік қызметкерлер, волонтерлер, оған қоса денсаулық сақтау ұйымдастырушылары үшін тақырыптық жетілдіру курстарында АОТ сұрақтарын оқу жоспарына енгізу қажет. НМӘП РҒПО кафедрасының тақырыптық жетілдіру циклдерінің кестесіне сәйкес АОТ бойынша оқыту семинарларын (сабақтар) өткізу;
- 5) АОТ ашылып жатқан сайттар қызметкерлері үшін тәжірибе алмасу бойынша семинарлар, оқыту семинарларын өткізу;

- 6) Қазақстанда АОТ бағдарламасының мониторинг және бағалау жүйесін құру (бұрыннан бар және жаңадан ашылған жобаны іске асыру сайттарынан ақпарат жинау).

## 8. Библиография

1. Россинский Ю.А. Применение метадона в наркологической практике и программах снижения вреда от незаконного потребления наркотиков: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 59 б.,
2. Совместная позиция ВОЗ, УООНП, ЮНЕЙДС «Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа», 2004, 37 б.
3. Документ доступен в Интернете по следующим адресам:
  - [http://www.who.int/substance\\_abuse/](http://www.who.int/substance_abuse/)
  - <http://www.unodc.org>
  - <http://www.unaids.org>
4. Веселовская Н.В., Коваленко В.Е. Наркотики. Свойства, действие, фармакокинетика, метаболизм// М. 2000, 206 б.
5. Э. Субата, Заместительная терапия метадоном. Информация и рекомендации для работников здравоохранения. Вильнюс, 2001.
6. Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости. Сборник научных статей. Киев, 2001, 166 б.
7. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных Управление ООН по наркотикам и преступности//ООН, Нью-Йорк, 2003, 24 б.
8. Менделевич В.Д., Субата Э., Асанов Т.К., Власенко Л.В. «Опыт заместительной терапии в странах бывшего СССР и его применимость в России» // Менделевич В.В. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти//Казань, 2004, 198-216 беттер.
9. David R. Gibson, Neil M. Flynn, John J. McCarty. " Эффективность метадоновой терапии и снижение риска заражения ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные психоактивные вещества»//Обзор современной психиатрии. Вып. 8(4), год 2000//Киев, 2000, 80-92 беттер.
10. С.О. Тапбергенов, Т.С. Тапбергенов Медицинская и клиническая биохимия, Павлодар, НПФ ЭКО, 2004, 428 б.