

**Республиканский научно-практический центр  
медико-социальных проблем наркомании  
Министерство здравоохранения  
Республика Казахстан**

**Среднесрочный отчет  
о проведенной работе по внедрению  
пилотного проекта опиоидной заместительной терапии  
в Казахстане (ноябрь 2008 г. – март 2009г.)**

**Павлодар, 2009**

## **I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ:**

### **1. Общая информация**

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”, 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 метадоновой терапии». 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» (Постановлением Правительства № 1216 от 12 декабря 2006 года), пункт 5.3. “Реализации стратегии снижения вреда введения наркотиков” также включено внедрение пилотного проекта по ЗТ.

В дальнейшем, только в 2008 году были предприняты дополнительные практические шаги для обеспечения ввоза метадона в страну. Согласно Постановлению Правительства № 960 от 17 октября 2007год 1841 грамм был разрешен для ввоза для начала двух пилотных проектов в городах Павлодар и Темиртау (по 25 человек в каждом), которые были запущены в ноябре 2008. Пилотные проекты выполняются на базе КГКП «Наркологический диспансер» г.Темиртау и «Областной центр по профилактике и лечению зависимых заболеваний» г.Павлодар.

### **2. Наименование и адрес спонсора:**

РГКП «Республиканский Центр по профилактике СПИДа». Адрес: г. Алматы, ул. Абая, д. 85, генеральный директор Хасанова М.А., выполнение субкомпонента гранта Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (грант № KAZ-202-G01-H-00).

### **3. Фамилия, имя, должность, адрес и номер телефона исполнителя (врача), обеспечивающего научное сопровождение по данному исследованию/испытанию:**

К.м.н., заведующая отделом клинической наркологии РГКП РНПЦ МСПН Каражанова Анар Серикказыевна. Адрес: г. Павлодар, ул. Кутузова, д. 200, телефон +7 (718-2) 60-50-53, 60-50-91, +7 701 526 98 69.

## **II. ОПИСАНИЕ ЦЕЛЕЙ И ЗАДАЧ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Цель исследования:** Оценка эффективности опиоидной заместительной терапии у ВИЧ-инфицированных.

### **4. Для достижения указанной цели в работе были решены следующие задачи:**

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.

## **III. Дизайн исследования**

## **5. Указание основных исследуемых параметров, которые будут оцениваться в ходе исследования.**

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

- 1) клинические характеристики;
- 2) психологические и социальные характеристики статуса пациентов.

## **6. Описание дизайна проводимого исследования, его процедур и этапов.**

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

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

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

Принцип исследования состоит 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.

На настоящий момент изучаются поэтапно клинические проявления вхождения в программу заместительной терапии, реабилитационный период, период выхода из программы.

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 является базисная карта для эпидемиологических исследований, разработанной РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании».

Валидность, в нашем случае, точность параметров достигается:

- 1) использованием валидных психологических тестов;
- 2) использованием лабораторных клиничко-биохимических исследований сертифицированной лабораторией;
- 3) экспертная оценка производится квалифицированным врачом.

### Методы исследования

#### 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 протоколах нейрофизиологического обследования регистрировались: фамилия, имя, отчество пациента; возраст (полных лет на момент обследования); дата обследования; предварительный диагноз; наименование методики исследования. В протоколах отражены показатели обработки нейрофизиологических данных компьютерными программами, их интерпретация, заключение врача – нейрофизиолога по каждой методике обследования.

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

**Клинико-психологический метод.**

Данным методом исследуется динамика изменений личностных свойств, определяется 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 лаборантами - 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.

**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).

**Статистический метод исследования.**

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

#### **IV. СВОДНОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ИМЕЮЩИХ КЛИНИЧЕСКУЮ ЗНАЧИМОСТЬ.**

##### **7. Краткий литературный обзор.**

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 прослеживалась 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 многогранный характер проблемы наркозависимости: экономический, медицинский, социальный, правовой и воспитательный (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 B.F., 1995; Kendler K. et al., 1997). Но особую тревогу, вызывает то, что наркотики становятся все более и более доступными молодежи.

Эпидемиологические исследования в различных странах мира показали, что распространение наркоманий происходит, прежде всего, за счет несовершеннолетних лиц – детей, подростков и юношей (Baselga E., 1972; Fejer D., Smart R.G., 1973; Bernstein K., 1982; Kandel D.B., 1983; Bachman J.G. et al., 1991; Bush P.J., Iannotti R.J., 1992, Jensen B.V., 1993). По данным D. McDonald (1986) в США 40-50% всех злоупотребляющих наркотическими средствами пациентов впервые употребили наркотик за 3 года до окончания средней школы.

За годы независимости в Казахстане 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 республике число таких потребителей составило 49736 человек (ВОЗ, Информационный бюллетень о наркоситуации в Центрально-Азиатском регионе, 2003). По данным многоуровневого исследования 2001 года в Республике 1,7 % населения имеют устойчивую зависимость от наркотических веществ, 3,1 % – от алкоголя (А.Л. Катков, Ю.А. Россинский, 2002). Ухудшение наркологической ситуации в РК подтверждается активным вовлечением в зависимость от психоактивных веществ восходящего поколения. По официальным данным на 2008 год в государстве насчитывается 2101 ребенок и 10571 подросток, находящихся на диспансерном и консультативном наблюдении.

В настоящее время система наркологической помощи населению многих стран переживает изменения. Данная ситуация связана с масштабом и темпом распространения наркозависимости, угрозой распространения сопутствующих инфекционных заболеваний, и в первую очередь ВИЧ/СПИДа, а также по причине низкой эффективности 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, 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 идет 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).

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. Поскольку не существует единственного метода лечения, эффективного для всех индивидов с опиоидной зависимостью, должен быть доступен достаточно широкий арсенал разнообразных методов. Заместительная поддерживающая терапия – один из эффективных методов лечения опиоидной зависимости. 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 е снижению преступного поведения. (ВОЗ, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УООНП), Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2004).

По мировым данным внедрения заместительной терапии возраст включения в ОЗТ находился в диапазоне от 18 до 21 года, и зависел от возраста констатации совершенно-

летия пациента в той или иной стране. В отношении количества неуспешных попыток лечения и стажа употребления опиоидов прослеживалась следующая тенденция: данный параметр зависел от уровня порога внедряемой программы ОЗТ – чем выше был порог, тем более требовался длительный стаж употребления (не менее 5 лет) и большее число неуспешных попыток лечения. В отношении внутривенного употребления наркотиков, все программы без исключения допускали лиц с инъекционным потреблением. При этом приоритетом пользовались лица, живущие с ВИЧ/СПИДом.

## V. Критерии включения/исключения

### 8. Критерии включения в программу ОЗТ в городах Павлодар и Темиртау.

- Возраст выше 18 лет
- Диагноз опиоидной зависимости (F 11.2)
- Подтвержденный стаж инъекционного потребления наркотиков (не менее 3 лет)
- 2-3 неуспешные попытки лечения
- Приоритет отдается лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом
- Способность осознано дать информированное согласие
- Гражданство РК

### 9. Противопоказаниями для назначения метадона являлись следующие состояния:

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

## VI. РЕЗУЛЬТАТЫ

### 10. Описание выборки.

На этапе подготовки проекта в городе областными (городским) СПИД центром были представлены списки в Павлодаре из 36 человек, в Темиртау – 29 человек, живущих с ВИЧ/СПИДом, активно внутривенно употребляющих препараты группы опия в течение более 3 – 7 лет, состоящих на учете в областном (городском) СПИД – центре и областном (городском) наркологическом диспансере от 3-х и более лет.

Были изучены данные персональных карт. Все пациенты, включенные в проект, соответствовали критериям включения в ОЗТ.

На сегодняшний день в Проекте участвуют 50 пациентов, из них 13 ПИН имеют отрицательный ВИЧ статус (согласно разрешающему письму РЦ СПИД № 9-1131, от 3 декабря 2008 года).

Характеристика исследуемой группы представлена в представленных ниже таблицах.

#### 10.1 Социально-демографическая характеристика исследуемой группы

Наименование	Абсолютное число	%	Довер.интервал среднего
<i>Пол</i>			
Мужчины	36	72 %	44<>92,7%
Женщины	14	28 %	±19,3%
<i>Возраст</i>			
21...<25	1	2 %	1,3<>41%
25....<30	19	38 %	±19,4%
31....<40	21	42 %	±20,3%
41....<50	9	18 %	4,7<>41,6%

<i>Национальность</i>			
Русские	47	94 %	74,9<>98,5%
Татары	1	2 %	1,3<>41%
Немцы	1	2%	1,3<>41%
Гречанка	1	2 %	1,3<>41%
<i>Образование на момент обследования</i>			
Неполное среднее (5-9 классы)	2	4 %	0,2<>29,3%
Среднее	28	56 %	±20,3%
Среднее специальное	12	24 %	7,3<>55%
Неоконченное высшее	1	2 %	1,3<>41%
Высшее	3	6 %	0,2<>29,3%
Прочее	4	8 %	1,2<>27,6%
<i>Работа</i>			
Безработный	28	56 %	±20,3%
Актер	1	2 %	1,3<>41%
Волонтер	3	6 %	0,2<>29,3%
Овощевод	1	2 %	1,3<>41%
Разнорабочий	16	32 %	11,3<>61,3%
Экспедитор	1	2 %	1,3<>41%

### **10.2 Медицинская характеристика**

Средний возраст начала употребления психоактивных веществ составил 19,8 лет ( $\pm 2,8$ ) а средний возраст перехода на регулярное употребление ПАВ составил 20,3 лет ( $\pm 2,8$ ).

Пациенты в 43 случаях (86%, 63,8<>95,8%) впервые употребленным наркотическим веществом называют героин, семь пациентов – анашу (14%, 6<>22%).

У 47 пациентов основным видом употребляемого психоактивного вещества был героин (94 %, 69,3<>98,6%), у 3 пациентов – опий (6 %, 0,2<>29,3%).

Основной формой употребления ПАВ в 100% случаев было инъекционное внутривенное введение наркотика (83,8<>100%) с ежедневной частотой употребления в 48 случаях (96 %, 75,8<>98,6%) и средней кратностью употребления наркотика в сутки 1,5 раза ( $\pm 0,3$ ).

На следующей таблице указано параллельное злоупотребление психоактивными веществами.

Наименование	Абсолютное число	%	Довер.интервал среднего
Практически отсутствует	3	6 %	0,5<>24%
Алкоголь	9	18 %	4,7<>41,6%
Табак	48	96 %	74,9<>98,5%
Другие наркотические вещества	7	14 %	2,8<>36,7%

Среднее количество случаев передозировок от наркотических веществ, отмечаемых пациентами, составляет 4,7 раза ( $\pm 1,2$ ).

Средний стаж наркотизации в исследуемой группе составил 11,7 лет ( $\pm 1,9$ ). При этом участники проекта отмечают воздержания от употребления наркотических веществ – средняя продолжительность 2,9 лет ( $\pm 4,1$ ).

На следующей таблице представлены данные, характеризующие сопутствующую соматическую патологию.

Наименование	Абсолютное число	%	Довер.интервал среднего
<i>Инвалидность</i>			

Отсутствие инвалидности	47	94 %	74,9<>98,5%
Инвалид по общему заболеванию	2	4 %	0,2<>29,3%
Инвалид с детства	1	2 %	1,3<>41%
<i>ВИЧ-статус</i>			
ВИЧ-позитивный	37	74 %	46<>93,7%
ВИЧ -негативный	13	26 %	7,8<>56%
<i>Сопутствующая патология</i>			
Гепатит С	18	36 %	±20,1%
Гепатит В	1	2 %	1,3<>41%
Гепатиты В и С	29	58 %	±19,7%
Туберкулез	4	8 %	0,6<>24%

### **10.3 Социально-психологическая характеристика группы**

47 пациентов воспитывались в полных семьях (94 %, 83<>100%), причем 39 из них, считали отношения в родительской семье гармоничными (78%, 66,4<>97,1%), 5 пациентов (10 %, 0,5<>24%) считали взаимоотношения между членами семьи нейтральными, и лишь 6 пациентов (12%, 0,5<>24%) считали взаимоотношения конфликтными.

Характеризуя сферу антисоциальной деятельности пациентов, были получены следующие результаты. Привлекалось к уголовной ответственности без направления в исправительно-трудовые учреждения 2 человека (4%, 0,6<>21,1%). Было осуждено однократно 15 пациентов (30%, ±18,2%), повторно осужденных два и более раз 12 участников проекта (24%, 5,9<>42,2%).

### **10.4 Опыт лечения**

Участники проекта в прошлом получали виды лечения, представленные в следующей таблице.

#### *Виды лечения*

<b>Наименование</b>	<b>Абсолютное число</b>	<b>%</b>	<b>Довер.интервал среднего</b>
Психофармакотерапия	3	6 %	0,2<>29,3%
Дезинтоксикация	6	12 %	1,1<>37,4%
Симптоматическое	41	82 %	54,5<>95,8%
Общеукрепляющее	41	82 %	54,5<>95,8%
Детоксикация экстракорпоральная	2	4 %	0,2<>29,3%
Индив.психотерапия	38	76 %	48,7<>93,4%
Групповая психотерапия	41	82 %	54,5<>95,8%
Социальная реабилитация	38	76 %	48,7<>93,4%
Физиолечение	41	82 %	54,5<>95,8%

## **11. Клиническая характеристика**

### **11.1 Подбор первичной/начальной дозы метадона.**

Начальная доза обосновалась 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 и эйфории.

Пациенты начинали прием метадона, на фоне абстинентных героиновых проявлений. После приема 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.



## ***11.2 Подбор поддерживающей дозы метадона.***

Поддерживающая доза определяется индивидуально опытным врачом, принимая во внимание существенную 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 в течение двух недель

Во время поддерживающей фазы пациенты в 73 % случаев находились на одной и той же дозе. Другим требовалась некоторая периодическая корректировка, связанная с параллельным курсом лечения туберкулеза, АРВ – терапии, стрессовыми ситуациями в семье, выходом на тяжелую физическую работу (соответственно 27 % пациентов).

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. Доза метадона на сегодняшний день у участников проекта составляет 50-90 мг/сутки (минимальная доза 40 мг/сутки, максимальная 120 мг/сутки). Время приема ежедневно с 8.00 до 10.00 и с 17.00 до 18.00 в городе Павлодаре. В Темиртау график приема метадона с 10.00 до 11.00 и с 17.00 до 18.00 часов ежедневно.

В ходе работы также возникли моменты, когда пациенты на поддерживающей терапии (6 %) стали просить уменьшить дозу. Мотивом их поступков являлось желание трудоустроиться, нежелание («надоело») ежедневно посещать клинику. Во всех случаях проводилась дополнительная образовательная работа с пациентом и с его близкими.

## ***11.3 Показатели клинико-лабораторных исследований***

Все участники Программы города Павлодара прошли нейрофизиологическое обследование. Результаты обнаружили легкие и умеренные изменения биоэлектрической активности, без выраженной сосудистой и другой органической патологии ЦНС.

Регулярно, один раз в 3 месяца (в Павлодаре) и 1 раз в месяц (в Темиртау) проводились общеклинические исследования крови и мочи.

Так, при первичном исследовании крови наблюдались ускоренное СОЭ от 20 до 40 мм в час (58 % пациентов), При повторном обследовании через 3 месяца практически все показатели пришли в норму.

При первичном исследовании общего анализа мочи из наиболее часто встречающейся патологии отмечались следы белка (до 0,033 г/л) – 48 % случаев. В динамике данные показатели также улучшились.

В биохимическом анализе крови была выявлена следующая патология: повышенный уровень креатинина до 150 мг (максимальный показатель), тимоловой пробы до 18 Ед (максимальный показатель), (54 %). В динамике отмечается улучшение показателей.

## ***11.4 Соматические осложнения, купирование.***

Долгосрочные токсические побочные явления при приеме метадона (как, собст-

венно, 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 путем, 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 95 % случаев возникли через неделю регулярного приема метадона. Явления задержки стула купировались при дополнительном назначении препаратов со слабительным действием (бисакодил, слабительный чай) и корректировки диеты. В настоящее время запоры сохраняются у 15 % пациентов.
2. Тошнота, рвота. В 54 % случаев на начальных этапах ОЗТ пациенты жаловались на тошноту, эпизодически рвоту. Диспепсические явления купировались через 7-12 дней. Дополнительно назначался Церрукал по 1 т 1 раз в день до 7 дней.
3. Кожный зуд, кожные высыпания. Явления аллергического дерматита также появились на 2-й недели употребления метадона в виде мелкопапулезной сыпи на лице, животе с переходом в шелушение (54%). В 8 % случаев высыпания были в виде волдырей на животе, руках, ногах. Высыпания сопровождалась 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 84 % случаев наблюдалось после месяца регулярного приема метадона. Потеря массы тела в среднем составила 3,2 кг (от 400 граммов до 8 кг). К началу 4-го месяца наблюдения потеря массы тела наблюдается лишь у 2-х пациенток с активной стадией СПИД. У 80-% пациентов снижение массы тела не наблюдается.
5. Половая слабость. Продолжает наблюдаться у 52% пациентов.

### ***11.5 Приверженность к АРВ-терапии***

Как указывалось выше в проекте участвует 37 пациентов (74 %, 46 <> 93,7%) 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.

### ***11.6 Контроль трезвости. Инъекционное употребление ПАВ***

На протяжении участия в Программы пациенты регулярно сдают анализы на содержание других психоактивных веществ в моче. В случае выявления метаболитов психоактивных веществ, употребляемых параллельно с метадоном, 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, в начале проекта до 30 % пациентов параллельно употребляли героин. На сегодняшний день их количество снизилось до 1,2 %. В отношении каннабиноидов прослеживается аналогичная тенденция: с 48% снизилось до 36 %.

Следующая таблица подтверждает снижение кратности употребления нелегальных наркотических веществ в ходе реализации проекта ОЗТ.

### Кратность употребления ПАВ

Наименование	В начале проекта			Через 3 месяца реализации проекта			Р
	Абсолютное число	%	До-вер.интервал среднего	Абсолютное число	%	До-вер.интервал среднего	
Нерегулярно, «от случая к случаю», менее 1 раза в месяц	2	4 %	0,5<>23 %	43	86 %	60<>95, 5%	<0,01
Ежедневно	48	96 %	75,8<>9 8,6%	8	16%	3<>38%	<0,01
Кратность употребления наркотика в сутки	1,5	-	±0,3	0,5	-	±0,4	<0,01

Отмечается положительная динамика в отношении снижения нелегального употребления ПАВ инъекционным путем. По результатам ИТЗ раздела «Алкоголь/наркотики» отмечается снижение количества инъекционного потребления наркотических веществ.

Наименование	В начале проекта		Через 3 месяца реализации проекта	
	среднее количество дней потребления за последние 30 дней	Способ применения	среднее количество дней потребления за последние 30 дней	Способ применения
Алкоголь	5,4	орально	4,1	орально
Героин	28,8	инъекционно	4,8	инъекционно
Другие опиаты/анальгетики	4,2	инъекционно	2,4	инъекционно
Барбитураты	6,6	орально	3	орально
Седативные/транквилизаторы	9,6	орально	4,2	орально

#### 11.7 Психосоциальный компонент программы.

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 всем участникам Проекта проведено индивидуальное психологическое консультирование, в ходе которого был идентифицирован проблемный профиль пациентов, определены пути выхода из сложившейся ситуации. В дальнейшем, в ходе 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 наркозависимости и готовности к трезвой жизни без употребления психоактивных веществ.*

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

В настоящее время участники Проекта города Павлодара занимаются оформлением общественного фонда с целью проведения профилактики и социальной реабилитации наркозависимых.

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.

### 11.8 Клинико-психологическая характеристика участников проекта ОЗТ

В соответствии с данными, представленными в таблице, 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).

#### ММРІ сокращенный вариант. Заключение

Наименование шкал	В начале проекта		Через 3 месяца реализации проекта		P
	Баллы	До-вер.интервал среднего	Баллы	До-вер.интервал среднего	
Ипохондрия (Hs)	60	±2,9	52,8	±3,6	<0,01
Депрессия (D)	66,5	±2,9	54,1	±4,1	<0,01
Истерия (Hy)	69,4	±4	55,4	±4,2	<0,01
Психопатия (Pd)	69,5	±5,8	58,4	±4,7	<0,01
Психастения (Pt)	61	±4,6	52	±4,3	<0,01

Характеризуя аффективную сферу (по шкале Зунга) необходимо отметить, что у 70% (35) пациентов состояние характеризовалось как нормальное без депрессии, легкая депрессия ситуативного или невротического генеза имела место у 16 % (8), субдепрессивное состояние или маскированная депрессия отмечалось у 12 % (6). Состояние истинное депрессии наблюдалось у 2 % (1 пациент). В динамике не были получены статистически достоверные различия изменения состояния пациентов.

### 11.9 Социальная динамика пациентов.

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 из них со статистически значимой разницей представлены шкалы

#### ВОЗ КЖ -100

Наименование шкал	В начале проекта		Через 3 месяца реализации проекта		P
	Баллы	До-вер.интервал среднего	Баллы	До-вер.интервал среднего	
Духовная сфера	3,1	±0,4	4,2	±0,3	<0,01
Окружающая среда	2,8	±0,2	3,5	±0,3	<0,01
Психологическая сфера	3	±0,2	3,7	±0,2	<0,01
Социальные отношения	2,8	±0,3	3,6	±0,2	<0,01
Уровень независимости	2,8	±0,2	3,3	±0,2	<0,01
Физическая сфера	2,2	±0,3	3,2	±0,3	<0,01

Участники проекта отмечают увеличившееся среднее количество оплачиваемых рабочих дней с 8,8 дней до 12,5.

Отмечается снижение времени вовлечения в нелегальную деятельность (продажа наркотиков, проституция, продажа украденных вещей и прочее).

Участники проекта отмечают отсутствие «настоящих проблем с законом» в течение последних 30 дней.

Нормализацию взаимоотношений в семьях отмечается в 46 случаях (92 %), что подтверждается письмами родных и близких участников проекта ОЗТ (приложение 1).

В результате проводимой работы за время реализации проекта 10 участников трудоустроились на постоянное место работы, 10 зарегистрировались в Центрах занятости в городах Павлодар и Темиртау, 3 пациента стали постоянными волонтерами при ОЦ СПИД.

## **VII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Эффект опиоидной заместительной терапии проявляется в повышении уровня соматического здоровья (пункты 11.3-11.4, 11.6 настоящего отчета), психологической (пункт 11.7) и социальной (пункт 11.9) характеристики пациентов, снижения уровня нелегального употребления ПАВ (пункт 11.6) и криминальной активности (пункт 11.9).

Уровень удержания в программе ОЗТ составил по Павлодарскому региону 68 %, по Темиртау – 89 %. В среднем коэффициент составил 78,5 %, что должно рассматриваться как очень хороший показатель для программ лечения опиоидной зависимости в Казахстане. Участники программы отмечают улучшение качества жизни, снижение частоты рискованного поведения и криминальной активности, а также улучшение взаимоотношений в семьях. Также по мере повышения информированности населения поступают просьбы от родственников потребителей наркотиков из других регионов РК и ближнего зарубежья о включении в проект.

ОЗТ рекомендуется для дальнейшего использования как один из методов лечения и реабилитации потребителей наркотиков и требует расширения на территории Казахстана.

К.м.н., руководитель отдела  
клинической наркологии  
РГКП РНПЦ МСПН

\_\_\_\_\_ А. Каражанова.