

СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ–СТАТУСОМ

Э.П. Станько, Д.Э. Танько, И.М. Михайлова, Л.И. Муха, А.В. Тумелевич

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия–наркология»
УЗ «Пинский межрайонный наркологический диспансер»
УЗ «Гомельский областной наркологический диспансер»

Введение. Злоупотребление запрещенными наркотиками является одной из крупнейших проблем современности. Это явление существует во всех странах – от самых богатых до самых бедных, затрагивает все слои населения и постепенно охватывает все возрастные группы, питает преступность, коррупцию и терроризм во всем мире, приносит немыслимые доходы отдельным людям и причиняет колоссальный вред массе других, уносит миллионы жизней и угрожает существованию целых общин. В силу своей масштабности и последствий мировая проблема наркотиков является серьезным испытанием для систем здравоохранения, образования, уголовного правосудия, социальной защиты, экономики, а иногда и политической системы различных стран (Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2011 г. ООН. Нью–Йорк, 2012).

Наркотическая зависимость представляет сложную медико–социальную проблему, оказывает негативное воздействие на здоровье наркопотребителей, благополучие населения и систему здравоохранения в целом, особенно при инъекционном потреблении наркотиков. Несмотря на предпринимаемые усилия по борьбе с потреблением наркотиков и других ПАВ, рост потребления наркотиков, заболеваемости наркоманией и последующих медико–социальных последствий остаются актуальной проблемой как для стран Европейского Союза (Harm Reduction International, 2012), так и СНГ (Киржанова В.В., 2009). В настоящее время в мире к категории «проблемных» наркопотребителей относятся примерно 27 млн. человек, что составляет 0,6% взрослого населения. Около 230 млн. человек, или 5% взрослого населения, по крайней мере, один раз употребляли какой–либо запрещенный наркотик. Героин, кокаин и другие наркотики ежегодно убивают более 200000 человек, разрушают семьи и приносят бедствия тысячам людей. Запрещенные наркотики

подрывают социально-экономическое развитие стран и способствуют росту преступности, нестабильности и распространению ВИЧ-инфекции (Федотов Ю.В., 2012).

В Беларуси с начала 90-х годов уже наблюдалось увеличение числа лиц, страдающих наркозависимостью [1]. За последние 7 лет в стране распространение немедикаментозного потребления наркотиков и значительное увеличение заболеваемости наркоманией неуклонно растет. В частности, по данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в период с 2004 г. по 2010 г., отмечено увеличение в 2,5 раза количества впервые зарегистрированных на наркологическом учете потребителей наркотиков. Только в 2010 году за помощью в связи со злоупотреблением наркотиками в наркологическую службу республики обратились 1636 граждан, количество состоящих на учете наркопотребителей на конец года составило 94,2 на 100 тыс. населения; коэффициент наглядности по отношению к 2000 г. + 196,8%; темп прироста +11,2%; 1% прироста составил +0,85 [2]. Вместе с тем, реальные данные о потреблении наркотических средств, болезненности и заболеваемости наркоманиями значительно выше официальных, поскольку, по оценкам специалистов, на каждого выявленного пациента приходится примерно 7 невыявленных [3].

Одной из причин распространения наркоманий и ВИЧ-инфекции является низкая эффективность проводимых лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий. Наркологическая помощь, в основном, ограничивается купированием синдрома отмены, а также острых психических и соматических расстройств вследствие употребления ПАВ. Малоэффективность терапии наркозависимых пациентов объясняется игнорированием, прежде всего, этапности и комплексности в лечении наркологических пациентов, отсутствием клиентцентрированного подхода, особенностью течения наркологических расстройств, носящих системный, хронический характер [4]. Поэтому более 70% наркозависимых пациентов в течение года многократно находится на лечении, а 90% пациентов после однократного курса стационарного лечения, в течение года возобновляют прием наркотиков [5]. На низком уровне организована биопсихосоциальная реабилитация наркозависимых пациентов, целью которой является обеспечение полноценного функционирования наркопотребителей в обществе. Так, в течение года полная ремиссия наблюдается лишь у 7-9,1% наркозависимых пациентов, имевших опыт участия в долгосрочных лечебно-реабилитационных программах государственных центров [6].

Существующий подход к оценке эффективности лечебно-реабилитационного процесса с наркозависимыми пациентами сводится преимущественно к определению сроков длительности полной ремиссии, под которой понимается отказ от приема наркотиков. Подобная оценка представляется явно недостаточной, так как наркотическая зависимость (особенно опиоидная) является хроническим рецидивирующим заболеванием, с которым трудно бороться из-за навязчивой и непреодолимой тяги к наркотику, заставляющей человека прибегать к нему даже под угрозой тяжелых социальных последствий и утраты здоровья (Geneva, WHO, 2004). Кроме того, для лиц, зависимых от наркотиков характерен ряд медицинских, психологических и социальных проблем, которые необходимо учитывать при планировании и оказании медицинской помощи, особенно в случаях присоединения ВИЧ – инфекции. Поэтому, мониторинг медико-социальной помощи с оценкой результатов лечения на каждом этапе лечебно-реабилитационного процесса, включая анализ показателей социального функционирования наркозависимых пациентов с систематическим проведением биологического контроля потребления ПАВ, является наиболее адекватной оценкой терапевтического результата наркотической зависимости. Необходимость разработки способа многофакторной оценки изменений, наблюдаемых при лечении ПИН с различным ВИЧ-статусом, и определила цель настоящего исследования.

Материал и методы исследований. Материал работы включает сведения о результатах лечения, длительности ремиссии на протяжении 12 месяцев, этапности ее становления и динамики у 277 ПИН с различным ВИЧ-статусом, из которых ВИЧ-негативные ПИН составили 154 пациента, ВИЧ-позитивные ПИН – 123 пациента. При этом 100 ПИН (50 ВИЧ-негативных и 50 ВИЧ-позитивных ПИН) получали амбулаторное лечение, 177 ПИН (104 ВИЧ-негативных и 73 ВИЧ-позитивных) находились на стационарном лечении. Заместительную метадонную терапию получали 50 ВИЧ-негативных ПИН на амбулаторном лечении и 91 ПИН (55 ВИЧ-негативных и 36 ВИЧ-позитивных), находящихся на стационарном лечении. Исследование вида потребляемого наркотика показало, что 97,2% ПИН принимали кустарно приготовленный опий. Подавляющее большинство пациентов (ВПН – 135 (98,5%) и ВНН – 156 (97,5%) являлись инъекционными потребителями кустарно ацетилированных препаратов снотворного мака, 52 (37,9%) ВПН и 23 (14,4%) ВНН имели опыт потребления героина, 19 (13,8%) ВПН и 5 (3,1%) ВНН – морфина, 10 (7,3%) ВПН и 8 (5%) ВНН – кодеина, 49 (35,8%) ВПН и 34 (21,3%) ВНН – метадона. Диагностика

наркотической зависимости проводилась в соответствии с критериями МКБ–10. Основным методом исследования – клиничко–психопатологический, дополнительный – экспериментально–психологический метод. Статистический пакет SPSS использовался для анализа полученных результатов. Взаимозависимости между полученными показателями анализировались с использованием коэффициента Спирмена.

Результаты и обсуждение. Эффективная помощь с учетом медико–социальных последствий наркотизации оценивается по изменениям во всех проблемных областях, связанных с наркопотреблением. Так, значение имеют снижение частоты конфликтов, повышение профессиональной продуктивности, уменьшение количества несчастных случаев, связанных с наркотизацией. Показатели занятости чрезвычайно важны для оценки результатов лечения. Улучшение качества жизни сопряжено с улучшением межличностных отношений в семье, нормализацией отношений с друзьями и коллегами по работе. Поэтому уменьшение количества конфликтов, улучшение социальной адаптированности с появлением новых интересов и позитивной поддержки окружающих служат показателями эффективной помощи. Значимой характеристикой терапевтических результатов выступает состояние общего и психического здоровья. При этом оценивается уменьшение количества госпитализаций, связанных с наркотизацией и психическими расстройствами, лечение имеющихся соматических осложнений, улучшение психического состояния в целом. Одним из основных критериев эффективности оказания медицинской и социальной помощи потребителям наркотиков является снижение криминальной активности ПИН. При этом оценке подлежат правонарушения, связанные с распространением наркотиков и/или с целью получения средств для приобретения наркотиков. Значимым оказывается уменьшение количества инцидентов, связанных с наркопотреблением (травмы, дорожно–транспортные происшествия, административные правонарушения).

Оценка эффективности лечения на основе результатов, затрагивающих разные аспекты заболевания, потребовала создания унифицированных инструментов такой оценки. Наиболее известные из них: американский «индекс тяжести зависимости» (Addiction Severity Index – ASI) (McLellan et al., 1980), австралийский «индекс лечения опиоидной зависимости» (Opiate Treatment Index – OTI) (Darke et al., 1992) и английский «профиль зависимости» (The Maudsley Addiction Profile – MAP) (Marsden et al., 1998). Инструменты представляют собой стандартные наборы для оценки тяжести зависимости и ассоциированных с ней проблем: состояние общего здоровья, противоправной активностью, рискованным поведением, занятостью, микросоциальными и семейными отношениями, психическим здоровьем. ASI – полуструктурированное интервью, состоящее почти из 200 вопросов. Время проведения обследования составляет 40–60 минут. OTI – структурированное интервью, рассчитанное на 30–40 минут. MAP – формализованный опросник с минимальным объемом сведений по 4 проблемным областям, занимает 12–15 минут. К сожалению, в Беларуси подобного рода исследований, посвященных разработке стратегий и методов оценки результативности лечения наркозависимости, нет. В связи с этим, проблемой первостепенной важности является создание объективного клинического инструмента для динамической оценки эффективности лечения заболевания. Необходимость разработки способа оценки эффективности лечения ПИН обусловлена также потребностью в инструменте, использование которого дает возможность получения оптимального объема диагностической информации за минимальный промежуток времени.

Изучение эффективности терапии 277 ПИН с различным ВИЧ–статусом на разных этапах заболевания и получающих различные терапевтические программы позволило выделить основные структурные компоненты разрабатываемого способа оценки результатов лечения, который авторы назвали картой аддиктивного поведения ПИН (КАПИН). КАПИН представляет собой клиническое структурированное интервью, состоящее из шести диагностических секций, по которым оценивается ряд показателей: *секция А* – общая информация, включающая социально–демографические параметры; возраст начала потребления наркотика; активность потребления наркотика в течение жизни и на момент обследования; информацию об оказанной ранее помощи, в том числе медицинской; опыт участия в программах заместительной терапии и обстоятельств прекращения участия; наличие проблем, вызванных употреблением наркотиков; попытки отказа от наркотиков; опыт лечения наркозависимости (наркологический анамнез); опыт участия в программах реабилитации; мотивы отказа от наркологической помощи; скрининг потребления наркотиков; сопутствующие заболевания; ВИЧ–анамнез, наличие опыта лечения ВИЧ; оценка тяжести иммунодефицита; мотивы прекращения лечения ВИЧ; схема медикаментозной терапии наркозависимости и ВИЧ–инфекции с указанием суточных доз; соблюдение врачебных рекомендаций в ходе лечения. *Секция В* характеризует потребление психоактивных веществ (ПАВ) в течение последнего месяца. Из

представленного перечня ПАВ необходимо отметить потребляемое вещество с указанием количества принимаемых доз или таблеток в день, способа и частоты потребления, средней длительности сформированной наркозависимости к моменту обследования и средней суточной дозы (в мг) потребляемого наркотика при инъекционном употреблении.

Секция В представляет оценку поведенческих факторов риска при инъекционном потреблении наркотиков и половой активности ПИН за последний месяц: необходимо отметить количество дней, когда осуществлялся прием наркотика с помощью инъекций; количество раз инъекционного введения наркотика в день; количество случаев использования для введения наркотиков инструментария, которым пользовались другие; количество людей, с которыми вступали в половые отношения без использования средств защиты; общее количество случаев проникающей половой близости без средств защиты. *Секция С* отражает особенности социального функционирования ПИН, включающие анализ социальных контактов с лицами из ближайшего окружения, занятости и криминальной активности в течение последнего месяца, а также явлений стигматизации, социального статуса и дискриминации со стороны общества. *Секция D* посвящена изучению состояния физического и психического здоровья ПИН с помощью перечня наиболее часто встречаемых основных жалоб; психометрической оценки при наличии определенных физических симптомов, выраженных в баллах от 0 (никогда) до 4 (всегда); госпитальной шкалы тревоги и депрессии, отражающей состояние психической сферы ПИН.

Секция E представляет собой динамический профиль аддиктивного поведения т.н. «динамический модуль оценки результатов лечения» на протяжении от первого визита к врачу и спустя 12 месяцев. Состоит из 5 разделов, первый из которых посвящен анализу интенсивности наркотизации, второй – функциональным показателям состояния здоровья, третий – социальному функционированию, четвертый – оценке рискованного поведения и пятый – анализу противоправной активности. Многофакторный анализ эффективности лечения ПИН с различным ВИЧ–статусом завершается вычислением оценки вероятности благоприятного исхода (ВБИ) с указанием типа динамики (положительная, отрицательная, отсутствие), эффективности лечения (эффективное, неэффективное) и характера потребления наркотика (постоянное употребление, эпизодическое употребление, ремиссия). На основании полученных результатов определяется коэффициент ВБИ (К) по формуле: $K = (DN+/DN0 + DN-) \times 100\%$, где DN+ – положительная динамика, эффективное лечение, ремиссия; DN0– отрицательная динамика, неэффективное лечение, постоянное употребление; DN— отсутствие динамики, неэффективное лечение, эпизодическое употребление.

Таким образом, современные подходы к оценке результатов лечения потребителей наркотиков основаны на анализе клинических и социальных параметров функционирования пациентов с синдромом опиоидной зависимости. Возможность многомерной оценки КАПИН позволяет определять выраженность медико–социальных проблем ПИН и, следовательно, целенаправленно планировать лечебно–реабилитационные мероприятия, а также осуществлять направленное, сбалансированное медикаментозное и психосоциальное воздействие, добиться оптимизации лечения, проводить мониторинг с оценкой эффективности медико–социальной помощи и обеспечить возможность проведения сравнительного анализа результатов различных моделей лечения и реабилитации.

Литература

1. Информативность некоторых эпидемиологических параметров для оценки и прогноза наркологической ситуации в Беларуси / А.В. Козловский [и др.] // Медицинские новости. – 2005. – №2. – С. 57–60.
2. Станько, Э.П. Наркотическая зависимость и ВИЧ–инфекция / Э.П. Станько // Здоровоохранение. – 2011. – № 3. – С.20–24.
3. Кошкина, Е.А. Распространенность наркологических заболеваний в РФ в 2000 г. По данным официальной статистики / Е.А. Кошкина // Вопросы наркологии. – 2001. – №3. – С. 61–67.
4. Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities / N. Bobrova, T. Rhodes, R. Power et al. // Drug Alcohol Depend. – 2006. – Vol. 82, Suppl. 1. – P. 57–63.
5. Динамическая оценка клинических и социальных характеристик находящихся на реабилитационном лечении потребителей опиатных наркотиков : пособие для врачей / Р.Д. Илюк [и др.] ; под общ. ред. Е.М. Крупицкого. – СПб. : ФГБУ «СПБ НИПНИ им. В.М. Бехтерева», 2012. – 47с.
6. Оценка эффективности интеграционной системы реабилитации больных наркоманией : Методические рекомендации / Т.Н. Дудко [и др.] ; под общ. ред. Е.А. Кошкиной. – М. : ФГУ НИЦ наркологии, 2009. – 30 с.