

Министерство Здравоохранения Республики Беларусь
Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр психического
здоровья»

Игумнов С.А., Станько Э.П., Гелда А.П.

КАРТА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
потребителей инъекционных наркотиков с различным ВИЧ-статусом
для динамической оценки эффективности лечения



Учебно-методическое пособие

Минск, 2012 г.

Учреждение - разработчик: ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (ГУ «РНПЦ психического здоровья»).

Авторы: директор ГУ «РНПЦ психического здоровья», доктор медицинских наук, профессор Игумнов С.А., доцент кафедры психиатрии и наркологии УО «Гродненский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент Стенько Э.П., заведующий лабораторией клинико-эпидемиологических исследований ГУ «РНПЦ психического здоровья», кандидат медицинских наук Гелда А.П.

Рецензенты: главный нарколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, кандидат медицинских наук Осипчик С.И.; заведующий кафедрой психиатрии и наркологии УО «Витебский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук Кирпиченко А.А.

Обсуждено и одобрено на заседании Ученого Совета ГУ «РНПЦ психического здоровья» «__» _____ 2012 г., протокол № __. Секретарь Ученого совета ГУ «РНПЦ психического здоровья», кандидат медицинских наук Каминская Ю.М.

Обсуждено и одобрено на заседании кафедры психиатрии и наркологии УО «Витебский государственный медицинский университет» «__» _____ 2012 г., протокол № __. Заведующий кафедрой, д.м.н. Кирпиченко А.А.

УДК [616.89–008.441.33:615.032]:[616.98:578.828:611.7]–08

ББК

А.

Пособие посвящено разработке способа оценки эффективности современных методов лечения наркозависимых пациентов с различным ВИЧ-статусом. Предлагаемая медицинская технология представляет собой карту аддиктивного поведения (КАПИН) в виде структурированного интервью с психометрической оценкой психического и физического состояния потребителей наркотиков для динамической оценки результатов лечения наркозависимости с учетом ВИЧ-статуса.

КАПИН заполняется врачом на основании полученной информации о пациенте. Количественно оцениваются параметры, формирующие клинический и социальный критерии оценки терапевтического результата. Предлагаемый способ контроля результативности лечения наркозависимости позволяет максимально определить спектр проблем пациента, связанных с потреблением ПАВ, сделать доступной информацию о проблемах пациента для специалистов мультипрофессиональной команды (врачей, психологов, социальных работников) и, тем самым, повысить слаженность работы команды, также получить пациенту в необходимом для него объеме индивидуально подобранные лечебные услуги. КАПИН является информативным и удобным инструментом многофакторной оценки связанных с зависимостью клинических, психосоциальных и аддиктивных характеристик пациентов при поступлении, после завершения лечения и в динамике наблюдения.

КАПИН предназначена для использования врачами психиатрами-наркологами в клинической практике и при проведении научных исследований.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВП	–	антиретровирусные препараты
АРВТ	–	антиретровирусная терапия
ВГВ	–	вирусный гепатит В
ВГС	–	вирусный гепатит С
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
ВНН	–	ВИЧ-негативные потребители инъекционных наркотиков
ВПН	–	ВИЧ-позитивные потребители инъекционных наркотиков
ГПНИ	–	Государственная программа научных исследований
ЖСБ	–	женщины, занимающиеся секс-бизнесом
ЗБТ	–	заместительная бупренорфиновая терапия
ЗМТ	–	заместительная метадоновая терапия
ИТЗ	–	индекс тяжести зависимости
ИПН	–	инъекционное потребление наркотиков
КАПИН	–	карта аддиктивного поведения ПИН
ЛРП	–	лечебно-реабилитационный процесс
МСП	–	медико-социальная помощь
ПАВ	–	психоактивное вещество
ПИН	–	потребители инъекционных наркотиков
ППК	–	полипрофессиональная команда
ПСФ	–	показатели социального функционирования
СНЗ	–	синдром наркотической зависимости

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 невыносимые страдания отдельным людям и причиняет колоссальный вред массе других, уносит миллионы жизней и угрожает существованию целых общин. В силу своей масштабности и последствий мировая проблема, связанная с наркотиками и наркопотреблением 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 год (E/INCB/2011/1). 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 наркопотребления, заболеваемости наркоманией и последующих медико-социальных последствий остаются актуальной проблемой как для стран Европейского Союза (Harm Reduction International, 2012), так и СНГ (Киржанова В., 2009). В настоящее время в мире к категории «проблемных» наркопотребителей относится 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 200 000 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 еще с начала 90-х годов наблюдалось увеличение числа лиц, страдающих наркозависимостью (Лелевич Е.В. и др., 1997). За последние 7 лет в стране наблюдается неуклонный рост немалозначительного употребления наркотиков и заболеваемости наркоманией. В частности, по данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в период с 2004 по 2010 гг., в 2,5 раза отмечено увеличение числа впервые зарегистрированных в наркологическом учете потребителей наркотиков. Только в 2010 г. 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. (Станько Э.П., 2011). 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 (Кошкина Е.А., 2001).

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 психотических и соматических расстройств вследствие употребления ПАВ. Малоэффективность терапии наркозависимых пациентов объясняется игнорированием, прежде всего, этапности и комплексности в лечении наркологических пациентов, отсутствием клиент-центрированного подхода, особенностью течения наркологических расстройств, носящих системный, хронический характер (Bobrova N. et al., 2006). Поэтому более 70% наркозависимых пациентов в течение года многократно находятся на лечении, а 90% пациентов в течение года после однократного курса стационарного лечения возобновляют прием наркотиков (Илюк Р.Д. и др., 2012). 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 (Дудко Т.Н. и др., 2009).

Существующий подход к оценке эффективности лечебно-реабилитационной работы с наркозависимыми пациентами сводится преимущественно к определению длительности полной ремиссии, под которой подразумевается 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, зависящих 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 и проведением биологического контроля потребления ПАВ является наиболее адекватной оценкой терапевтического результата наркотической зависимости.

В настоящей работе рассмотрены современные подходы к оценке результатов лечения ПИН с различным ВИЧ-статусом с помощью разработанной авторами КАПИН.

Часть 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Психоактивные вещества – вещества растительного, полусинтетического или синтетического происхождения, при однократном приеме которых возникает субъективное ощущение удовольствия (психофизического комфорта) или устраняющие душевный дискомфорт, при многократном – психическую и физическую зависимость. ПАВ способны изменять сознание, настроение, поведение и мышление потребителя.

Наркотизм, аддиктивное поведение – потребление наркотических средств без формирования синдрома наркотической зависимости.

Наркотическая зависимость – хроническое рецидивирующее заболевание вследствие злоупотребления наркотическими средствами, проявляющееся совокупностью определенных симптомов и синдромов (синдром зависимости, состояние отмены, синдром измененной реактивности и др.), медицинскими (соматические, неврологические, психические нарушения) и социальными (асоциальное, антисоциальное поведение и др.) последствиями, а также личностными изменениями (морально-этическое снижение и др.).

Наркозависимый пациент – лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в установленном порядке, поставлен диагноз «Синдром зависимости ...».

Наркопотребитель – человек, который хотя бы раз в жизни употреблял нелегальные наркотики.

Синдром зависимости – сильная, непреодолимая (компульсивная) потребность (желание или необходимость) в приеме наркотического средства, доминирующая в системе ценностей наркопотребителя и вытесняющая другие его интересы, сопровождающаяся нарушением способности контролировать прием вещества, повышением толерантности, развитием симптомокомплекса физиологических, поведенческих и когнитивных расстройств, возникающих при отмене приема наркотика, а также несмотря на наличие вредных последствий и знание об этом вреде, продолжением его приема. *Психическая зависимость* – поведенческая и когнитивная, осознаваемая или неосознаваемая потребность приема наркотического средства для снятия психического напряжения и достижения состояния психического комфорта. Потребитель не в состоянии думать, работать, снять напряжение, тревогу без приема наркотического средства. *Физическая зависимость* – состояние необходимости употребления наркотического средства, при котором в ответ на отсутствие приема наркотика развивается состояние отмены. Возникает при наличии психической зависимости и обусловлена переживанием психосоматического благополучия, которое может быть достигнуто только при условии очередного приема вещества. Все другие интересы, не связанные с употреблением наркотического средства вытесняются и становятся незначимыми, больше тратится времени на само употребление и восстановление здоровья после окончания действия наркотического средства.

Состояние отмены – симптомокомплекс вегетативных, соматоневрологических и психических расстройств, возникающих при прекращении потребления или снижении дозы наркотических средств.

Синдром измененной реактивности – симптомокомплекс, включающий изменение толерантности к наркотическому средству, формы его потребления, картины опьянения

(острой интоксикации) и утрату защитных реакций на интоксикацию.

Толерантность – способность переносить токсические дозы наркотического средства, определяющаяся его максимальной дозой, не вызывающей выраженного опьянения (острой интоксикации).

Наркотическое опьянение – состояние, возникающее при приеме или после употребления наркотических средств, выражением которого является совокупность психических и соматоневрологических симптомов, меняющихся во времени, различных в начале, апогее и на спаде интоксикации. Выделяют субъективные (ощущаемые опьяневшим) и объективные (доступные регистрации со стороны) симптомы наркотического опьянения.

Употребление с вредными последствиями – употребление, вызывающее вред для здоровья наркопотребителя в виде соматических и/или психических проблем, ограничения мыслительных функций, поведенческих отклонений, которые могут привести к инвалидизации и снижению социального приспособления.

Психотическое расстройство – расстройство, возникающее во время или непосредственно после приема наркотических средств (обычно в течение 48 часов) на фоне ясного сознания с яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, нередко затрагивающими более одной сферы чувств), ложными узнаваниями, бредовыми переживаниями параноидного или персекуторного характера, психомоторными расстройствами в виде возбуждения или ступора и выраженным аффектом, варьирующим от сильного страха до экстаза.

Амнестический синдром – вызванное употреблением наркотических средств хроническое выраженное нарушение памяти на недавние и, возможно, отдаленные события при сохранности непосредственного воспроизведения с дезориентировкой во времени, нарушением хронологического порядка событий, способности к усвоению нового материала, при отсутствии нарушений сознания, сосредоточения, общего интеллектуального снижения.

Резидуальное состояние и психотическое расстройство с отставленным дебютом – расстройства, возникающие вследствие употребления наркотических средств, характеризующиеся изменением познавательных функций, личности или поведения и продолжающиеся после периода непосредственного действия наркотиков.

Опиоидная зависимость является наиболее распространенной формой, возникает в результате длительного злоупотребления опиатами (опиоидами). К природным опиатам относятся наркотики, получаемые из головок мака – опия сырца (*Papaver somniferum*), содержащего более 20 естественных алкалоидов, их называют опиатами; вещества, клинически сходные с опиатами, но полученные из других источников синтетически, называют опиоидами (морфин, героин, кодеин, тебаин и др.). Выделяют полные агонисты опиоидных рецепторов (морфин, героин, метадон), агонисты-антагонисты (бупренорфин, пентазоцин, буторфанол, трамадол), полные антагонисты (налоксон, налтрексон, налмефен). Опиоиды отличаются по наркогенным и токсическим свойствам, по степени контроля за их распространением. Наибольшей наркогенностью обладают производные фентанила (альфа-метил-фентанил – вещество со сленговым названием «белый китаец», которое примерно в 6000 раз сильнее морфина), героин (диацетилморфин), значительно меньшей – трамадол, бупренорфин.

Наиболее используемыми опиатами в Беларуси являются кустарно изготовленные препараты опия, чаще всего экстракт из маковых зерен или маковой соломки, а также героин и метадон. Психическая зависимость от опиоидов может наступить после 1-2 инъекций, для развития физической необходимо около 2-х недель систематического приема. Наиболее распространенным способом употребления опиоидов является парентеральный, менее распространенным – внутрь, интраназально или курение (героин). Нередко для усиления эйфоризирующего эффекта героиновые наркоманы употребляют амфетамины, бензодиазепины, димедрол или алкоголь. Основными соматическими эффектами опиоидов являются миоз, аналгезия, тошнота и рвота, запор, задержка мочи, зуд, угнетение дыхания и кашлевого рефлекса, аменорея, снижение аппетита, потеря массы тела. Со стороны психической сферы наблюдаются эйфория, сонливость, снижение либидо. Клиническая картина состояния отмены чаще всего представлена совокупностью психопатологических (патологическое влечение, неусидчивость, дисфория, тревога, бессонница), вегетативных (мигриаз, гипертензия, тахикардия, тахипноэ, потливость, заложенность носа, слезотечение, тошнота, диарея, рвота,) и алгических (суставные и мышечные боли) симптомов. Судорожные припадки и галлюцинаторно-бредовые не являются типичными для опиоидного состояния отмены. Течение опиоидной зависимости хроническое.

Диагностика опиоидной зависимости основывается на осмотре потребителя наркотиков, субъективных (информация потребителя) и объективных (информация родственников) анамнестических данных, свидетельствующих о приеме наркотических средств, также на комплексе клинических и лабораторных данных. При осмотре следует обращать внимание на размер зрачков (узкие после приема опиоидов), следы от инъекций: линейные пигментированные рубцы, «дорожки» (предплечья, плечи, кисти, вдоль расположения вен); красную сыпь признаком неоднократно вводимой инъекции в одни и те же места); шрамы в виде выступающих кнопок (шахты). Косвенными признаками потребления опиоидов являются поведенческие нарушения общей активности без связи с ситуацией с частыми изменениями настроения, употреблением при разговоре специфического «сленга», изменением круга знакомых, нарастающей скрытностью, пропажей денег и ценностей, нарушением цикла сон – бодрствование (поздний отход ко сну и просыпание). Явным показателем факта употребления наркотиков служат биологические методы контроля – обнаружение в моче наркотических средств, их дериватов, других веществ (амфетамины, каннабиноиды, бензодиазепины), прием которых осуществляется одновременно с опиоидами. Нередко, с целью затруднения выявления опиоидов, обследуемые добавляют в мочу анальгин или аспирин, поэтому сбор мочи необходимо осуществлять под контролем медработника.

Каннабиноидная зависимость возникает в результате злоупотребления различными сортами конопли. Действующим началом является альдегид каннабинол, концентрация которого влияет на выраженность опьянения. Каннабиноиды содержатся в конопле, которая несмотря на многообразие сортов, является одним видом растения. Содержание наркотических средств в конопле различное и зависит от места ее произрастания и сорта (подвида) растения. Наибольшая концентрация каннабиноидов содержится в индийской конопле (*Cannabis indica*). Продуктами переработки конопли являются марихуана, гашиш (смола из конопли), гашишное масло (коричневая маслянистая жидкость), бханг (водный

настой из высушенных частей растения), синсемилья (соцветия и верхушечные листья женских растений конопли) и др. Наиболее распространённым способом употребления конопли является курение, менее распространённым – внутрь. Гашишизм – самый распространённый с прогрессирующим течением вид наркотической зависимости в мире.

Кокаиновая зависимость возникает вследствие злоупотребления кокаином, являющимся природным веществом – алкалоидом, выделенным в 1859 г. из листьев кустарника коки (*Erythroxylum coca*). Стимулирующий эффект листьев коки известен много столетий. Кокаин использовался как пищевая добавка, психостимулятор для лечения недомоганий, терминальная анестезия в медицине. Используются листья коки, кокаиновая паста (сырой кокаин), концентрированный кокаина гидрохлорид (чистый кокаин) и кокаина основание (обработанные кристаллы алкалоида кокаина, имеющие сленговое название «крэк»). Способ употребления: преимущественно внутривенный (кокаин гидрохлорид), путём курения (кокаина основание, из-за стойкости при возгонке), интраназально и перорально. При курении и внутривенном употреблении кокаина наблюдаются почти одинаковые пиковые эффекты и распределения в плазме крови. Распространение кокаиновой зависимости в развитых странах происходит, в основном, благодаря «крэку», потребление которого не требует внутривенного введения.

Зависимость вследствие употребления психостимуляторов возникает вследствие злоупотребления природными и синтетическими веществами, к которым относятся амфетамин (фенилизопропиламин, фенамин, метамфетамины (первитин), эфедрин, норэфедрин, псевдоэфедрин, эфедрон (меткаминон), метилendiоксиметиламфетамин (МДМА-1, «экстази»), кати и другие, с разной степенью контроля за изготовлением и оборотом. К веществам, подлежащим строгому контролю относятся вещества, которые наиболее быстро вызывают формирование психической и физической зависимости (амфетамин, его дериваты, первитин). Пациенты с зависимостью от стимуляторов употребляют преимущественно устаревшие изготовленные средства, исходным веществом для которых является эфедрин и лекарственные средства, его содержащие. Из эфедрина синтезируют эфедрон и первитин (альфа-йод-первитин, имеющий сленговое название «винт»). В розничной аптечной сети имеются препараты, содержащие норэфедрин и псевдоэфедрин («Coldrex», «Trifed», «Coldact»), являющиеся основой для изготовления одурманивающих средств, при систематическом употреблении которых быстро развивается тяжёлая энцефалопатия.

Наркомания вследствие употребления галлюциногенов возникает в результате злоупотребления галлюциногенами (психодизлептики, психоделики, психотомиметики) – препараты, вызывающие психотические расстройства даже в микродозах. Общепринятой классификации галлюциногенов в настоящее время не существует. Выделяют природные и синтетические вещества, обладающие галлюциногенным действием. К природным веществам относятся выделенные из растений (мескалин, псилоцибин, гармин), некоторые растения (семена утреннего выюнка), мускатный орех (содержит миристицин), бобы мескаля, галлюциногенные грибы (мухомор – *Amanita Muscaria*, *Psilocybe cubensis*, *Stropharia* – более 20 видов, содержащие псилоцибин), кактус вида *Peayote* (содержит мескалин), водяная лилия, дикая лоза (содержит алкалоид гармин), яд жаб видов *Bufo alvarius* и *Bufo marinus*. (содержит буфотенин) и многие другие. К синтетическими веществами с галлюциногенным действием

относятся диэтиламин лизергиновой кислоты (ЛСД), фенциклидин (РСР), препараты с холинолитическим эффектом (атропин, циклодол) и др.

Полинаркомания возникает вследствие сочетанного злоупотребления двух и более наркотиков или других ПАВ. Возможны различные сочетания и последовательность применения наркотических средств. Наиболее частыми комбинациями употребляемых ПАВ являются опиаты и седативные препараты (димедрол, транквилизаторы), опиаты и гашиш, опиаты и эфедрон.

Потребители инъекционных наркотиков – потребители наркотиков, основным способом введения которых является инъекционный.

ВИЧ-инфекция (синдром приобретенного иммунодефицита – СПИД, erworbenen immundefektsyndrom – EIDS, human immunodeficiency virus infection – HIV infection, acquired immunodeficiency syndrome – AIDS, syndrome d'immunodeficiency acquise – SIDA) – медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, характеризующееся поражением иммунной и нервной систем, с последующим развитием на этом фоне оппортунистических (сопутствующих) инфекций, новообразований, приводящих инфицированного ВИЧ к летальному исходу.

Рискованное поведение – поведение, при котором потребитель наркотиков не прибегает к мерам защиты от инфицирования.

Лечение – процесс, направленный на решение проблем, связанных со здоровьем и других проблем, возникших в результате злоупотребления наркотиками; на устранение или компенсацию проявлений заболевания, вызывающего ограничение жизнедеятельности; нормализацию нарушенных процессов жизнедеятельности; на повышение дееспособности и восстановление функциональной толерантности, независимости существования от посторонней помощи и выздоровление.

Реабилитация – комплекс мероприятий, направленных на прекращение потребления наркотических средств, других ПАВ, восстановление психического и физического состояния пациентов, также на улучшение их качества жизни посредством создания условий для интеграции в общество, восстановления утраченных социальных функций и связей.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр
Введение	4
1 <i>Часть 1. Общие вопросы</i>	6
2 Эпидемиология наркозависимости и ВИЧ-инфекции	11
3 Медико-социальные последствия потребления инъекционных наркотиков	17
4 <i>Часть 2. Организация наркологической и инфекционной помощи</i>	23
5 Лечение психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ	26
6 Биологические методы контроля потребления ПАВ	39
7 Организация медико-социальной помощи ПИН при ВИЧ/СПИДе	45
8 <i>Часть 3. Карта аддиктивного поведения ПИН</i>	55
8.1 Материально-техническое оснащение технологии	56
8.2 Показания к использованию технологии	56
8.3 Противопоказания к использованию технологии	57
8.4 Условия использования технологии	57
8.5 Описание структуры и технологии использования К. ПИН	57
8.6 Возможные осложнения при проведении технологии и способы их устранения	60
8.7 Эффективность использования технологии	61
Заключение	62
Список литературы	64
Содержание	67
Приложение 1	68
Приложение 2	75
Приложение 3	79