

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]:[616.98:578.828:6Н17]–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 Л. 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 немедицинского 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 1536 граждан, количество состоящих на учете наркопотребителей на конец года составило 94,2 на 100 тыс. населения; коэффициент наглядности по отношению к 2000 г. +96,8%; 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.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМ ПОТРЕБИТЕЛЯМ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

В организации медицинской помощи потребителям наркотиков выделяют ряд принципов, основными из которых являются доступность медицинской помощи; она должна быть бесплатной; дружественной, непредвзятой и без осуждения со стороны медперсонала; клиент-центрированной (удовлетворяющей индивидуальным потребностям пациента); непрерывной (межведомственное взаимодействие между медицинской и социальной службами; общественными организациями, оказывающими помощь ПИН и их семьям (Клинический протокол Европейского региона ВОЗ по лечению ВИЧ/СПИДа у потребителей инъекционных наркотиков, 2006). Основная трудность в оказании медицинской помощи ПИН независимо от их ВИЧ-статуса заключается в необходимости одновременного участия различных служб в решении медицинских, психологических и социальных проблем. ВОЗ выступает за многопрофильный подход к оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Из-за риска дополнительной стигматизации пациента, психиатрическая помощь не является для лечения наркозависимости оптимальной, особенно при отсутствии у пациента коморбидной психической патологии. Медицинская помощь должна быть всесторонней и включать: лечение наркозависимости (включая ЗМТ); лечение ВИЧ/СПИДа; диагностику и лечение других сопутствующих заболеваний и осложнений ИПН; профилактику и лечение оппортунистических инфекций, обусловленных ВИЧ-инфекцией; вакцинацию против инфекции, вызванной ВГВ; паллиативную помощь на поздних стадиях болезни.

Медицинская помощь ПИН должна быть полноценной и качественной, включающей поддержку в соблюдении режима терапии; снижение риска, связанного с ИПН и сексуальным поведением; поддержку половых партнеров; решение социальных вопросов (через службы социальной помощи), борьбу со стигматизацией и дискриминацией (соблюдение человеческих прав ПИН, недопущение со стороны медработников предвзятости и негативного отношения; гарантия конфиденциальности). Важным условием эффективного лечения ПИН является организация работы служб, занимающихся профилактикой, лечением и реабилитацией ВПН. С целью максимального охвата и удержания ПИН в лечебной программе обеспечения консультирования по снижению риска и доступности определенных средств (презервативы, шприцы, стерильные иглы и др.), лечебные программы ПИН должны быть связаны с методами снижения вреда. Методы снижения вреда, включая ЗМТ, способствуя стабилизации поведения ПИН, могут сократить медико-социальные последствия ИПН и облегчить лечение ВИЧ-инфекции. При лечении ВПН должна быть четко координирована деятельность медицинской службы (общей медицинской практики, инфекционной, наркологической, психологической служб) и службы социальной помощи.

Медицинская помощь ВПН. При планировании проведения АРВТ медперсонал должен информировать пациентов перед назначением терапии о возможных лекарственных взаимодействиях АРВП с другими лекарственными средствами, в т.ч. с препаратами заместительной терапии, нелегальными наркотиками и препаратами для лечения туберкулеза, ВГВ и ВГС, оппортунистических инфекций и др. Информированность пациента

о взаимодействиях препаратов и их проявлениях, сообщение об этом медперсоналу, своевременная коррекция доз являются определяющими для здоровья пациента, соблюдения режима лечения и его эффективности.

Первичное обследование ПИН на ВИЧ/СПИД не отличается от обследования лиц, не употребляющих наркотики. В медицинских учреждениях, предоставляющих услуги ПИН, пациентам должны предлагать консультирование и тестирование на ВИЧ и обеспечивать их необходимой информацией. При этом, пациент может отказаться от тестирования. Первичное обследование на ВИЧ должно включать следующие этапы: допустимое консультирование и информирование; серологическое тестирование на антитела к ВИЧ (ИФА и/или экспресс-тест), иммуноблоттинг (для подтверждения результата); допустимое консультирование по снижению рискованных форм поведения, которое проводится независимо от результатов тестирования.

Для определения тактики ведения ВПН необходима информация, включающая оценку жалоб, психосоциального статуса, готовности к лечению, физикальное исследование; диагностика психических расстройств; стандартные лабораторные исследования; определение числа лимфоцитов CD4 (для оценки тяжести иммунодефицита); определение вирусной нагрузки; диагностика ИППП; анамнез контрацепции и тест на беременность (по показаниям); диагностика ВГВ и ВГС; скрининг на туберкулез; измерение массы тела; другие исследования в зависимости от состояния пациента. В связи с тем, что обращение за медицинской помощью ПИН нередко происходит на более поздних стадиях ВИЧ-инфекции, новых пациентов необходимо тщательно обследовать на предмет оппортунистических заболеваний. При первичном сборе анамнеза и физикальном исследовании обычно выявляют кандидоз ротоглотки и затрудненное глотание, которое может быть признаком кандидозного эзофагита; незаживающие герпес-высыпания в области половых органов или заднего прохода; бактериальную пневмонию, пневмоцистную пневмонию, туберкулез. За первичным обследованием необходимо проведение лечения оппортунистических инфекций и других состояний (по показаниям).

При оказании медицинской помощи ВПН необходимо учитывать характер потребления наркотиков, наличие синдрома наркотической зависимости, психосоциальных проблем и медицинских осложнений, связанных с ИППП и ВИЧ-инфекцией. Для скрининга потребления наркотиков и наркозависимости необходимо использовать стандартные методы обследования, включая использование диагностических инструментов (скрининг на потребление наркотиков и наркозависимость; EuroASI – Европейская версия IT3). Обследование и скрининг на потребление наркотиков должны проводиться добровольно, после получения информированного согласия пациента, которые нередко скрывают прием наркотиков. Важным представляется диагностика СНЗ, поскольку наличие синдрома зависимости влияет на тактику ведения пациента. Первичную оценку наркозависимости могут проводить как врачи психиатры-наркологи, так и другие специалисты, используя вопросы «Перечня симптомов психических расстройств по МКБ-10: блок синдромов потребления психоактивных веществ», не требующих аппаратных методов исследования (WHO, 2004). Оценка потребления наркотиков и наличия наркозависимости включает наркологический анамнез (анамнестические сведения о потреблении наркотиков и

наркологическом лечении) и физикальное исследование. Наркологический анамнез обязательно должен включать следующую информацию:

- возраст пациента на момент начала потребления;
- перечень употреблявшихся ПАВ (включая алкоголь, комбинации ПАВ)
- способ употребления наркотиков;
- активность потребления (в течение жизни, в последнее время, на момент обследования);
- изменение действия (особенности) наркотиков со временем;
- анамнез толерантности, передозировок и состояния отмены;
- периоды состояния отмены;
- попытки отказа от наркотиков;
- осложнения, связанные с ИПН (гепатит, абсцессы и др.);
- текущие проблемы, включая тяжесть зависимости;
- характер и результаты предшествующего лечения наркозависимости.

Физикальное обследование потребителей наркотиков дает возможность обнаружения признаков употребления наркотиков и/или осложнений, связанных с их приемом. Значение для диагностики имеют симптомы, указывающие на возможную наркозависимость или ее осложнения. Выделяют ряд признаков и симптомов, свидетельствующих о возможной зависимости или ее осложнениях (Kelly JA, Amirkhanian YA, 2003) (см. табл. 2).

Таблица 2 – Признаки и симптомы, указывающие на возможную зависимость или ее осложнения

№	НАЗВАНИЕ ПРИЗНАКА	ПЕРЕЧЕНЬ СИМПТОМОВ
1	Общие признаки	<ul style="list-style-type: none"> запах алкоголя изо рта запах марихуаны от одежды запах табака или дыма изо рта или от одежды недостаточность питания неопрятность
2	Поведение	<ul style="list-style-type: none"> поведение, свидетельствующее об опьянении невнятная речь нетвердая походка почесывание
3	Кожные покровы	<ul style="list-style-type: none"> признаки физической травмы синяки порезы царапины ожоги следы от уколов иглы абсцессы флегмона желтуха покраснение ладоней выпадение волос потливость сыпь отек кистей

4	Голова, глаза, уши, нос, горло	раздражение или инъекция конъюнктивы воспаление слизистой носа перфорированная носовая перегородка бледная носовая перегородка болезненность придаточных пазух заболевания десен, гингивит изъязвления десен ринит синусит бледность слизистых ожоги в ротовой полости
5	Желудочно-кишечный тракт	гепатомегалия болезненность печени положительная проба на скрытую кровь в кале
6	Иммунная система	увеличение лимфоузлов
7	Сердечно - сосудистая система	повышение артериального давления тахикардия нарушения ритма сердца шумы в сердце, щелчки отеки
8	Органы дыхания	свистящее дыхание, хрипы кашель увлажненное дыхание
9	Женская репродуктивная/эндокринная система	болезненность органов малого таза вагинальные выделения
10	Мужская репродуктивная/эндокринная система	атрофия яичек выделения из полового члена гинекомастия
11	Неврологические признаки	нарушение чувствительности нарушение памяти нарушение двигательных функций офтальмоплегия миопатия нейропатия тремор когнитивный дефицит тремор расширение или сужение зрачков

В последующем, оценка тяжести наркозависимости и планирование лечения должны проводиться психиатром-наркологом. При планировании лечения необходимо выявить и учесть соматические осложнения опиоидной зависимости. Кроме того, используя стандартные опросники («Опросник по оценке риска инфицирования вирусами, передающимися с кровью»), следует оценить выраженность рискованных форм поведения – возможный риск заражения инфекциями, передающимися с кровью (De la Fuente L et al. , 2003).

Лечение наркотической зависимости. Лечение наркотической зависимости является важным элементом помощи ВПН: облегчает доступ к лечению и помощи при ВИЧ-

инфекции, к общей медицинской помощи; удерживает активных потребителей наркотиков в лечебном процессе; снижает риск передачи ВИЧ-инфекции, ВГВ, ВГС и бактериальных инфекций; снижает необходимость в госпитализации; улучшает и облегчает процесс соблюдения режима АРВТ и клинического наблюдения (WHO, 2005). Наркологическое лечение помогает снизить потребление нелегальных опиоидных наркотиков; уменьшить частоту противоправных действий; снизить смертность вследствие передозировки наркотиков; снизить интенсивность рискованных форм поведения; улучшить социальную интеграцию потребителей наркотиков.

ВИЧ-инфекция усугубляет проявления наркотической зависимости, которая в свою очередь, оказывает влияние на течение ВИЧ-инфекции. Поэтому помощь ПИН должны оказывать специалисты разного профиля. Существуют различные методы лечения наркозависимости, начиная от помещения в закрытое учреждение с лишением возможности принимать наркотики до проведения медикаментозного лечения, включая детоксикацию и ЗМТ. Проведение только детоксикации, в большинстве случаев, при хроническом течении наркозависимости, длительного и устойчивого эффекта не оказывает. Стратегия помощи ПИН может варьировать от лишения возможности потребления наркотиков до проведения ЗМТ. Эффективность лечения во многом зависит от возможности удержания ВПН от прекращения АРВТ, чему нередко способствует его нахождение на ЗМТ. Вероятность получения АРВТ у ПИН, не получающих заместительной терапии снижена в 3 раза (Celentano D.D. et al., 1998). Медперсонал наркологической службы должен регулярно поддерживать контакты с ПИН независимо от того, находятся они на ЗМТ или нет. В лечении опиоидной зависимости основная роль принадлежит медикаментозной терапии и психотерапии. Медикаментозная терапия включает ЗМТ или левометадиллом (агонистами опиатных рецепторов) перорально; ЗБТ (частичным агонистом опиатных рецепторов) сублингвально или комбинацией сублингвального бупренорфина с налоксоном; терапию налтрексоном (антагонистом опиатных рецепторов) перорально; проведение коротких курсов детоксикации и антиабстинентной терапии (метадон, бупренорфин и/или клонидин) для облегчения перехода к лечению налтрексоном или воздержанию от наркотиков. Следует отметить, что активное потребление наркотиков не должно препятствовать проведению АРВТ у ПИН. Алгоритм проведения ЗМТ, программ детоксикации изложены в разделе «Лечение психических и поведенческих расстройств связанных с употреблением ПАВ».

Преимущества программ заместительной терапии максимально реализуются при обеспечении условий для доступности медицинских служб; создании благоприятной обстановки; назначении высоких доз метадона или бупренорфина; ориентации программ на замещение наркотиков, а не на полный отказ от них; предоставлении услуг по диагностике и лечению сопутствующих психических расстройств, также помощи в решении социальных проблем; заключении договора между пациентом и врачом, или введении системы поощрений, или консультирования для сокращения приема наркотиков (Farrell M et al., 1994; Wain J, 1998). Возможность проведения ЗМТ, АРВТ и лечения ВИЧ/СПИДа, одновременно в одном месте способствует повышению эффективности лечения; достижению максимального контроля лечения; снижению риска развития устойчивости к АРВП; облегчению контроля возникновения лекарственного взаимодействия между метадоном и препаратами для лечения ВИЧ/СПИДа; возможности приема АРВП пациентами, которые ежедневно посещают

клинику для получения метадона под контролем медработника (Oppenheimer E., 2004). Медицинский контроль за приемом препаратов при проведении АРВТ и ЗМТ, то есть наблюдение за приемом АРВП при одновременном лечении наркозависимости, позволяет добиться снижения вирусной нагрузки и способствует минимизации влияния АРВТ на повседневную активность ПИН (Clarke S et al., 2003). В комплексном лечении ВПН показаны такие методы лечебного воздействия, как когнитивно-поведенческая психотерапия; мотивирующие беседы; методы подкрепления со стороны окружающего сообщества; ситуационное управление и программа «12 шагов»; ситуационное управление с системой поощрений; матриксная модель; медицинская и психологическая профилактика рецидивов; программы взаимопомощи («равный равному»); обучение социальным навыкам; группы самопомощи; реабилитация с проживанием в реабилитационном центре; профессиональная подготовка (Клинический протокол Европейского региона ВОЗ по лечению ВИЧ/СПИДа у потребителей инъекционных наркотиков, 2006).

Проведение АРВТ у ВПН. Перед началом лечения пациента и их близким в доступной для них форме следует предоставить информацию об АРВТ. Пациенты перед проведением АРВТ должны быть достаточно информированы и хорошо мотивированы; необходимо устранить все обстоятельства, которые могут помешать соблюдению режима планируемого лечения. Подготовка к проведению АРВТ должна включать нормализацию условий жизни, лечение наркозависимости и сопутствующих психических расстройств и соматических заболеваний. Активное участие пациента в лечении укрепляет его взаимодействие с врачами, другим медперсоналом и улучшает обратную связь. Поэтому, в составлении плана лечения целесообразным является участие совместно с медперсоналом, пациентов и их близких. Тщательное обследование и обучение ВПН позволяют составить план лечения таким образом, чтобы он учитывал индивидуальные особенности пациента и способствовал максимально возможному соблюдению режима терапии. Небольшое отклонение от режима терапии вызывает потерю контроля над уровнем РНК ВИЧ в плазме, что свидетельствует о взаимосвязи между несоблюдением режима терапии и репродукцией вируса. Если пациент пропустил 10% предписанных доз АРВП, уровень РНК ВИЧ у него удваивается (Bangsberg DR et al. 2000). Если пациент принимает менее 90% доз АРВП, снижается число лимфоцитов CD4 (Singh N et al., 1999). Существует ряд факторов, влияющих на приверженность АРВТ, основными среди которых являются медицинские, социальные, индивидуальные и связанные с организацией медицинской помощи (см. табл. 3).

Таблица 3 – Факторы, влияющие на приверженность лечения

№	НАЗВАНИЕ ФАКТОРОВ	СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРОВ
1	Медицинские	<ul style="list-style-type: none"> – токсичность и побочные эффекты АРВП или взаимодействия с другими веществами; – гепатотоксичность, частота которой у ПИН выше, чем у других пациентов; – тяжелые оппортунистические инфекции; – сопутствующие психические расстройства, включая депрессию

2	Социальные	<ul style="list-style-type: none"> – безработица; – общественное осуждение и дискриминация; – бездомность, отсутствие семейной и общественной поддержки; – ограничивающий характер законодательства политики
3	Индивидуальные	<ul style="list-style-type: none"> – непрекращающееся потребление наркотиков или рецидивы; – употребление алкоголя или множественная наркотическая зависимость; – отсутствие жизненных перспектив и мотивации; – серьезные жизненные проблемы и кризисы; – побочные эффекты АРВП, характерных во время приема; – ожидания в отношении эффективности терапии
4	Связанные с организацией медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> – стигматизация и дискриминация в медицинских учреждениях; – отрицательное впечатление от медицинского обслуживания из-за неблагодарительного отношения или низкого качества услуг; – недостаточные доступность и удобство работы наркологических служб; – плохая координация работы медицинских и социальных служб или ее отсутствие; – отсутствие преемственности предоставления медпомощи; – убеждение персонала, предоставляющего услуги, что ПИН не способны соблюдать режим АРВТ

Показано, что ПИН, получающие квалифицированную помощь и поддержку медперсонала, соблюдают режим терапии и добиваются таких же клинических результатов, как и ВПН, не принимающие наркотиков (Wood E et al., 2005).

Мониторинг эффективности лечения наркозависимости проводится различными методами. Планирование лечения и его систематический контроль позволяют улучшить результаты терапии. В процессе лечения указывают кратко-, средне- и долгосрочные цели по результатам которых судят об эффективности терапии. Все сведения об обследовании, лечении и ее эффективности должны заноситься в медицинскую карту пациента. В медицинской карте должны быть отражены оценка результатов обследования; план лечения; суточные дозы препаратов; побочные эффекты назначенных препаратов; схемы медикаментозной терапии, включая препараты, которые пациент принимает дома; оказанная помощь (медицинская, психологическая, психиатрическая, социальная); данные лабораторных исследований; клинические наблюдения; сведения о соблюдении лечебных рекомендаций; обстоятельства прекращения и окончания лечения; согласие на прекращение лечения; договоренности о последующем наблюдении и направлении.

Использование ИТЗ позволяет проводить более четкий контроль состояния пациента. Скрининг потребления наркотиков с использованием анализа мочи, слюны, крови, волос или выдыхаемого воздуха может отражать результаты лечения. Скрининг приема наркотиков

должен проводиться с информированного согласия пациента, результаты которого не должны служить основанием для прекращения лечения. Для обеспечения непрерывности в оказании помощи необходимо тщательно контролировать течение ВИЧ-инфекции у ПИН. Поэтому следует организовать систематический контроль за содержанием лимфоцитов CD4 и других лабораторных показателей, вне зависимости от того, получает пациент АРВТ или нет.

Психосоциальная помощь. Лечение наркотической зависимости осуществляется с помощью лекарственных средств. Однако применение лекарственных средств без оказания психосоциальной помощи противоречит биопсихосоциальной природе наркотической зависимости. Психосоциальная помощь при лечении наркотической зависимости – это множество способов, которыми профессиональные работники и члены общественных объединений могут поддерживать психическое здоровье и социальную среду ВПН, способствуя улучшению качества и продолжительности их жизни.

В зависимости от потребностей ВПН, должна быть обеспечена доступность служб психологической помощи (групповая психотерапия для ВПН, членов их семей); групп взаимопомощи («равный равному»); служб поддержки приверженности АРВТ; служб социальной помощи (решение жилищных проблем, помощь в материальном обеспечении, трудоустройстве, в решении юридических вопросов, преодоления дискриминации и др.); психообразовательных программ; служб психического здоровья (диагностика и лечение психических расстройств), так как 25-50% ВПН имеют психические расстройства. В связи с этим, при первичном обследовании необходимо провести оценку психосоциального статуса, уделяя особое внимание любым причинам нестабильности, которые не способствуют соблюдению лечебного режима; психическим расстройствам (депрессия, тревожные расстройства и др.).

Диагностика психических расстройств осуществляется с использованием стандартных инструментов скрининга (краткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS) для быстрой оценки 18 психопатологических симптомов по 7-балльной шкале; шкала тревоги (HARS) для выявления конституционально-тревожности и ситуационной тревоги; шкала депрессии Гамильтона (HDRS) шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) опросник депрессии Бека (BDI) для оценки депрессии; госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и др. Тяжесть медицинских проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, следует рассматривать под углом психосоциальных проблем, выявленных в процессе оценки. Необходимо принимать во внимание влияние таких социальных факторов, как серьезные жизненные потрясения и кризисы; социальная нестабильность, отсутствие семейной и общественной поддержки; низкая материальная обеспеченность; бездомность; неудовлетворительное питание. Бывшим ПИН нередко удается добиться определенных успехов в мотивации активных ПИН, убеждая их в доступности эффективных мер по профилактике и помощи; помогая в подготовке к лечению, предупреждая о побочных эффектах АРВТ; поддерживая у них приверженность к АРВТ и лечению наркозависимости.

Снижение вреда. Мероприятия по снижению вреда направлены на уменьшение негативных медико-социальных и экономических последствий потребления ПАВ для ПИН, их семей и окружения, не требуя обязательного воздержания от наркотиков или сокращения их потребления. Комплексные программы снижения вреда позволяют сократить

заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди ПИН (Geneva, WHO, 2004; Farrell M et al., 2005). Основными компонентами программы снижения вреда для потребителей наркотиков являются благоприятная государственная и правовая политика; лечение наркозависимости с возможностью проведения ЗМТ; обеспечение доступности обмена игл и шприцев, возврата использованных; консультирование и тестирование на ВИЧ; предоставление информации, способствующей снижению рискованных форм поведения; распространение презервативов, профилактика и лечение ИППП; первичная медицинская помощь, включая вакцинацию против ВГВ, лечение осложнений при ИПН, язв и абсцессов, отравлений при передозировке наркотиками; «аутрич» – работа с населением (с привлечением бывших ПИН)

Специалисты по снижению вреда могут участвовать в предоставлении лечения ВИЧ/СПИДа; поддержке соблюдения режима АРВТ, включая контакты с ПИН, которые отказались от дальнейшего лечения; обеспечении доступности служб, занимающихся лечением ВИЧ/СПИДа и наркозависимости; направлении ПИН в другие службы, работающие по программе снижения вреда, включая наркологическую службу, органы социальной защиты, другие медицинские учреждения; планировании лечения ВИЧ-инфекции; «аутрич» – работе среди ПИН с целью оказания помощи, тестирования на ВИЧ и лечения; предоставлении информации по вопросам менее опасного потребления наркотиков и профилактики ВИЧ-инфекции; взаимодействия между ПИВ, препаратами для лечения ВИЧ/СПИДа и АРВП, включая особенности поведения при появлении побочных эффектов.

Клинически выраженные побочные эффекты АРВП наблюдаются примерно у 50% пациентов и являются основной причиной нарушения режима терапии (Fellay J et al., 2001; Dielemann JP et al., 2002). Побочные эффекты бывают легкими и тяжелыми, могут затрагивать многие органы и системы. В начале курса АРВТ часто развиваются легкие побочные эффекты, такие как головная боль, тошнота, диарея и утомляемость. Для их устранения, чтобы пациент справился с побочными эффектами и не менял режим лечения, необходимо назначить симптоматическое лечение и психологическую поддержку. При появлении побочных эффектов, для исключения других причин появления симптомов (состояние отмены опиоидов), необходимо клиническое обследование. Лечение побочных эффектов наиболее эффективно при условии, когда пациент понимает причины и характер эффектов, а медперсонал готов к их появлению и может сразу предпринять определенные действия, что позволяет скорректировать терапию; организовать поддержку соблюдения режима; уменьшить риск развития лекарственной устойчивости из-за несоблюдения режима терапии. Если симптоматическое лечение безрезультативно или имеют место выраженные токсические проявления, следует произвести замену АРВП.

Результативность лечения обусловлена соблюдением режима терапии, особенно в первые 4-6 месяцев лечения (Ware NC, 2005). Поэтому содействие в соблюдении режима лечения и контроль в первые месяцы проведения АРВТ, должны быть частью повседневной клинической работы медперсонала, который задействован в оказании помощи ВПН. Можно выделить основные и дополнительные меры, способствующие соблюдению режима терапии. К основным относится работа непосредственно с пациентом: понимание пациентом того, что несоблюдение рекомендаций приведет к развитию лекарственной устойчивости и неэффективности лечения; необходимость приема всех предписанных доз препаратов; адаптация пациентом режима терапии к своему распорядку дня; вовремя приходит на прием;

знает о возможном взаимодействии и побочных эффектах АРВТ, ЗМТ и наркотиков; знает о настораживающих признаках, требующих обращения к врачу (Oppenheimer E., 2004). Среди дополнительных мер, способствующих соблюдению режима терапии, выделяют выдачу лекарств небольшими порциями через короткие интервалы времени для выявления пропусков приема препаратов до развития лекарственной устойчивости; устранение нежелательных лекарственных взаимодействий и коррекцию доз; наблюдение за приемом АРВП при одновременном лечении наркозависимости; предупреждение прерывания терапии и неправильное использование лекарств; лечение психических расстройств – депрессии (Yun L et al., 2005).

Модели всесторонней помощи ВПН. Составной частью всесторонней помощи ВПН должны быть комплексное лечение и помощь. Комплексное одновременное лечение наркозависимости и ВИЧ-инфекции способствует соблюдению режима ЗМТ и АРВТ, повышает качество оказываемой медико-социальной помощи и предотвращает распространение ВИЧ-инфекции. Существует несколько моделей всесторонней помощи ВИЧ-позитивным ПИН. Первая модель предлагает организацию лечения наркозависимости и ВИЧ-инфекции в одном учреждении – наркологическом, где проводится лечение ВИЧ/СПИДа или лечение наркозависимости осуществляется в учреждении, специализирующемся на лечении ВИЧ/СПИДа. Сущность другой модели заключается в том, что лечение наркозависимости и ВИЧ-инфекции проводится в разных учреждениях, тесно взаимодействующих между собой и близко расположенных друг к другу, которые при необходимости могут выдавать направления в другие организации или службы. Согласно третьей модели всесторонней помощи ВПН, лечение наркозависимости и ВИЧ-инфекции проводится врачами общей практики и специалистами, ведущими амбулаторный прием в учреждениях первичной медицинской помощи (Клинический протокол Европейского региона ВОЗ по лечению ВИЧ/СПИДа у потребителей инъекционных наркотиков, 2006).

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. П. ПН	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