

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.

Часть 3. КАРТА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Для современного общества значимость представляют различные формы зависимого поведения, среди которых наркозависимость отличается тяжестью и спецификой медико-социальных последствий, особенно при ИПН. Злоупотребление инъекционными опиоидами обычно связано с риском развития тяжелых инфекционных заболеваний, общим ухудшением состояния здоровья, высокой смертностью, трудовой и семейной дезадаптацией, криминальной активностью (Сиволап Ю.П., 2005). В структуре заболеваемости среди наркоманий, доминирующую позицию занимает опиоидная зависимость (Пялицкая И.Н., Найденова Н.Г., 2002). Одной из важных причин роста заболеваемости наркоманией и связанной с ней ВИЧ-инфекцией является недостаточная эффективность ЛРП, обусловленная несоблюдением основных принципов терапии, хроническим течением заболевания и характером оказания специализированной помощи. В основном оказание наркологической помощи сводится к купированию состояния опьянения и психотических расстройств вследствие приема ПАВ. Поэтому подавляющая часть наркозависимых пациентов, прошедших однократный курс стационарного лечения в течение года возобновляют неконтролируемое употребление наркотиков и вновь поступают на стационарное лечение. Биопсихосоциальная реабилитация, основным предназначением которой является обеспечение полноценного функционирования ПИН в обществе, при выраженном дефиците государственных реабилитационных центров с долгосрочными лечебно-реабилитационными программами для наркозависимых пациентов, остается малоэффективной.

В мировой практике целью лечения наркозависимости клиническая реальность определила уменьшение тяжести симптомов заболевания, улучшение общего состояния здоровья и социального функционирования потребителей наркотиков, а также исключение или снижение риска развития рецидива (Зобин М.Л., 2008). Эффективная помощь с учетом медико-социальных последствий наркотизации оценивается по изменениям во всех проблемных областях, связанных с наркопотреблением (Hubbard R.L., 2003). 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 результатов лечения наркозависимости является состояние общего и психического здоровья ПИН. При этом оценивается число госпитализаций, связанных с потреблением наркотиков и психическими расстройствами, лечение имеющихся соматических осложнений, психическое состояние в целом. Одним из основных критериев эффективности оказания МСП потребителям наркотиков является снижение их криминальной активности. Анализ противоправной активности основан на оценке правонарушений, связанных с незаконным

оборотом наркотиков; частоты инцидентов, обусловленных наркопотреблением (административные правонарушения, травмы, дорожно-транспортные происшествия).

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); 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, противоправная активность, рискованное поведение, занятость, микросоциальные и семейные отношения, психическое здоровье. ASI – полуструктурированное интервью, состоящее почти из 200 вопросов, время исследования 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.

Проведение ЛРП в наркологии требует постоянного контроля и динамической оценки его реальной эффективности. Подобного рода исследования, посвященные разработке стратегий и методов оценки результативности лечения наркозависимости, в отечественной наркологии в настоящее время отсутствуют. Проблемой первостепенной важности является создание объективного клинического инструмента для динамической оценки эффективности лечения заболевания (Станько Э.П., 2012). Необходимость разработки способа оценки эффективности лечения ПИН обусловлена потребностью в инструменте, использование которого дает возможность получения оптимального объема диагностической информации за минимальный промежуток времени без использования дорогостоящего медицинского оборудования. Необходимость разработки способа многофакторной оценки изменений, наблюдаемых при лечении ПИН с различным ВИЧ-статусом, и определила цель настоящего исследования.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ

1. Стандартное оборудование кабинета врача психиатра-нарколога поликлиники, диспансера, отделения учреждения здравоохранения;
2. Книга адиктивного поведения потребителя инъекционных наркотиков на бумажном носителе;
3. Набор бланков для регистрации ответов при использовании КАПИН.

Примечание: Проведение технологии не требует наличия специального медицинского оборудования и/или аппаратуры.

ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ТЕХНОЛОГИИ

Обследование потребителей наркотиков на предмет оценки результатов лечения наркотической зависимости начинают с момента обращения к врачу психиатру-наркологу

учреждения здравоохранения в случаях оказания комплексной медико-социальной помощи, при проведении лекарственной терапии и динамическом наблюдении в учреждениях здравоохранения на добровольной основе.

1. Пациенты, состоящие на наркологическом профилактическом учете в учреждениях здравоохранения в связи с вредными последствиями вследствие употребления наркотических средств (группа риска развития наркоманий);

2. Пациенты с синдромом зависимости вследствие употребления наркотических средств

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ТЕХНОЛОГИИ

1. Абсолютные противопоказания – нет

2. Относительные противопоказания – нет

Примечание. Оценка результатов лечения наркозависимости не показана при отсутствии возможности добровольного проведения терапии, оказания медико-социальной помощи в связи с отказом потребителя наркотиков от лечения и помощи или вследствие его психофизического состояния: тяжелое опьянение, острое состояние отмены, психотическое расстройство, состояние психомоторного возбуждения, обострение (декомпенсация) хронического соматического заболевания.

УСЛОВИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ

1. Наличие показаний (пациенты, относящиеся к группе риска развития наркоманий, пациенты с синдромом наркотической зависимости);

2. Наличие специалистов (врач психиатр-нарколог, психолог) или специально обученного сотрудника;

3. Наличие комплектации (стандартное оборудование кабинета врача психиатра-нарколога учреждения здравоохранения, КАПИН, бланки для регистрации ответов).

Примечание. Данный инструмент не требует обязательного участия в интервью квалифицированного специалиста – врача психиатра-нарколога, он может быть проведен специально обученным сотрудником.

ОПИСАНИЕ СТРУКТУРЫ И ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАПИН

Инструмент создан для использования в клинических условиях и получения научных данных, поэтому КАПИН можно применять в стационарных и амбулаторных условиях учреждений здравоохранения и реабилитационных центров, также среди активных потребителей наркотиков вне лечебных учреждений. Заполнение КАПИН занимает в среднем около 30 минут, что делает его удобным инструментом для повторного опроса пациентов, закончивших лечение. Предлагаемый способ контроля результативности лечения наркозависимости позволяет максимально определить спектр проблем пациента, связанных с потреблением ПАВ, сделать доступной информацию о его проблемах для специалистов

полипрофессиональной команды (врачей, психологов, социальных работников) и, тем самым, повысить слаженность работы команды, также получить пациенту в необходимом для него объеме индивидуально подобранные лечебные услуги. Информация, полученная при применении КАПИН используется для оценки интенсивности наркотизации, социального функционирования, выраженности рискованного инъекционного и полового поведения, психофизического состояния при приеме на лечение, для составления плана лечения, решения вопроса о необходимости привлечения сторонних специалистов или перевода пациента в другое отделение (учреждение). Необходимость дополнительного лечения или помощи оценивается как результат интенсивности и длительности существующих проблем. Оценка тяжести проблемы субъективно определяется исследователем в процессе интервью по каждому из модульных секций карты. Пациент отвечает на вопросы, свидетельствующие о необходимости получения дополнительных консультаций или помощи относительно перечисленных им проблем. На основании собранных данных исследователь корректирует свою оценку. Поскольку КАПИН измеряет определенные характеристики пациента в заданных временных рамках, инструмент может применяться неоднократно для оценки изменений состояния пациента после завершения лечения. Метод применяется независимо от возраста пациента с соблюдением определенных временных интервалов между исследованиями. Исследователю предлагается набор действий для мониторинга и оценки результативности лечения на любом из этапов проведения терапии. Оценочные действия включают проведение клинического интервью с помощью разработанной структурированной карты и тестирование обследуемого с использованием психометрических шкал, позволяющих исследователю выявить его основные жалобы, симптомы физического неблагополучия и психических расстройств и определить их выраженность (секция D; приложение 1).

КАПИН разработана для оценки эффективности современных методов лечения наркозависимости и представляет собой комплекс диагностических секций: *секция А* – общая информация; *секция Б* – интенсивность наркотизации; *секция В* – рискованные формы поведения; *секция Г* – социальное функционирование; *секция D* – состояние физического и психического здоровья; *секция E* – динамический профиль аддиктивного поведения. КАПИН заполняется лечащим врачом (*секции А, Б, В, Г*) в ходе клинического интервью на основании информации о пациенте после ознакомления с анамнезом и клиническим состоянием ПИН при его добровольном согласии на исследование. *Секция D* заполняется непосредственно пациентом под контролем исследователя. *Секция E* заполняется исследователем на основании информации, полученной из *секций Б, В, Г, D*. При заполнении КАПИН могут использоваться регистрационные бланки для ответов произвольной формы (приложение 2). Выполнение *секций А, Б, В, Г* предусматривает фиксацию утвердительных характеристик – ответов в регистрационном бланке для ответов.

Использование КАПИН позволяет собрать краткий наркологический анамнез, включающий социально-демографические параметры; характеристику активности потребления наркотиков в течение жизни и на момент обследования; информацию о полученной ранее помощи (в т.ч. медицинской); опыт участия в программах заместительной терапии (ПЗТ); обстоятельства прекращения участия в ПЗТ; наличие проблем, вызванных инъекциями наркотиков; попытки отказа от наркотиков; опыт лечения в связи с

потреблением наркотиков; опыт участия в программах реабилитации; обстоятельства прекращения лечения наркозависимости; основной мотив отказа от наркологической помощи; скрининг потребления наркотиков; сопутствующие соматические заболевания; ВИЧ-анамнез, наличие опыта лечения ВИЧ; оценку тяжести иммунодефицита; схему медикаментозной терапии наркозависимости и ВИЧ-инфекции с указанием суточных доз; соблюдение врачебных рекомендаций (*Секция А. Приложение 1*).

Секция В предназначена для оценки интенсивности потребления ПАВ (в том числе наркотических средств) 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 приеме. При работе с *секцией В* 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. Завершающим итогом работы с *секцией В* является оценка поведенческих факторов риска при ИПН и половой активности ПИН за последний месяц: *Секция С* отражает особенности социального функционирования ПИН, включающие анализ социальных контактов с лицами из ближайшего окружения, занятости и криминально-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 психофизического состояния ПИН. При работе с *секцией D* при выполнении раздела Д 1 «Основные жалобы на момент обследования» пациент указывает жалобы из перечня представленных, которые беспокоят его на момент обследования путем отметки в соответствующей ячейке таблицы справа, где указано «Обследование» и временной интервал этого обследования. Ответы на пункты раздела 1 *секции D* подсчитываются путем суммирования числа предъявленных жалоб при каждом обследовании.

При выполнении раздела Д 2 «Физические симптомы», каждый из симптомов оценивается по 5-ти балльной шкале (от 0 до 4), где «0» соответствует позиция «симптом никогда не наблюдался в течение последнего месяца»; «1» – редко; «2» – иногда; «3» – часто; «4» – всегда. Пациент в соответствующей ячейке отмечает беспокоящий его симптом в виде цифры (выбранный балл шкалы) из перечня симптомов, указанных в левой части таблицы под непосредственным контролем исследователя. Подсчет набранных баллов (общий балл) производится путем простого сложения величин градаций всех симптомов, отмеченных пациентом. Полученные результаты *раздела 2 секции D* позволяют систематически оценить присутствие и выраженность основных симптомов, отражающих физическое состояние пациента. Оценка выраженности тревожно-депрессивных переживаний (*раздел Д 3 секция D*) у ПИН оценивается с использованием несложного и общеизвестного инструмента – HADS – госпитальной шкалы тревоги и депрессии (приложение 3). Преимущества шкалы заключаются в простоте использования, не вызывает затруднений у пациента, не требует

продолжительного времени и обработки, что позволяет применять ее для первичного выявления тревоги и депрессии. Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении тревожно-депрессивных расстройств. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: подшкала А – «тревога» (нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) и подшкала D – «депрессия» (четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 3х (максимальная выраженность). При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (А и D), при этом выделяются три области значений: 0-7 баллов – норма; 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия. Интерпретация ответов (секция D) осуществляется на основании количества и анализа актуальных жалоб пациента на момент обследования, выраженности основных симптомов психофизического состояния пациентов.

Секция E «Динамический профиль аддиктивного поведения» является завершающей и представляет собой обобщающий модуль, в структуру которого входят 5 разделов: интенсивность наркотизации, функциональные показатели здоровья, социальное функционирование, рискованное поведение и противоправная активность. Интенсивность наркотизации характеризует частоту употребления ПАВ, в том числе при ИПН. Анализ социального функционирования, рискованного поведения, противоправной активности проводится путем использования параметров, полученных при выполнении секции Г в соответствии с временными интервалами проведения исследования. Временными точками исследования являются: при поступлении (1 исследование); при выписке из лечебного учреждения (2 исследование); через 1 месяц после завершения лечения или в ходе проведения терапии при ЗМТ, при динамическом наблюдении (3 исследование); через 3 месяца динамического наблюдения (4 исследование); через 6 месяцев наблюдения (5 исследование); через 12 месяцев наблюдения (6 исследование). Оценка функциональных показателей здоровья осуществляется на основании результатов, полученных при выполнении секции D.

Интерпретация полученных результатов осуществляется на основании данных, полученных от пациента по каждому из разделов секций. Комплексная, содержательная, обобщенная характеристика дает доказательную оценку изменений состояния пациента и эффективности лечения. Многофакторный анализ эффективности лечения ПИН с различным ВИЧ-статусом завершается вычислением оценки вероятности благоприятного исхода ("ВБИ") с вычислением коэффициента (К "ВБИ") по формуле: $K \text{ "ВБИ"} = (DN^+ / DN^0 + DN^-) \times 100\%$; где DN^+ – положительная динамика, эффективное лечение, ремиссия; DN^- – отрицательная динамика, неэффективное лечение, постоянное употребление (активная зависимость); DN^0 – отсутствие динамики, неэффективное лечение, эпизодическое употребление.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕХНОЛОГИИ И СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

При проведении данной технологии какие-либо осложнения исключены.

Примечание. Получение недостоверного результата при использовании технологии может быть обусловлено отсутствием у исследователя соответствующей квалификации или при недостаточной мотивированности респондента, низком уровне доверия к интервьюеру, отсутствии гарантий конфиденциальности и отказе пациента от обследования.

При соответствующей профессиональной подготовке интервьюера и проведении мотивирующего консультирования респондента на предмет значимости проведения клинического интервью с использованием КАПИН, ошибки могут быть исключены.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ

Эффективность применения КАПИН подтверждена исследованиями, проведенными в рамках выполнения ГПНИ «Фундаментальная и прикладная медицина и фармацевтика» по заданию 1.3.03 «Разработать критерии клиничко-социального функционирования, оценить качество жизни и дезадаптацию потребителей инъекционных наркотиков, страдающих различными стадиями ВИЧ-инфекции» (2010-2012 гг.). Возможность многомерной оценки результатов лечения наркозависимых пациентов при использовании КАПИН позволяет определять выраженность основных проблем пациента, связанных с употреблением ПАВ; сделать доступной информацию об этих проблемах для специалистов, участвующих в лечебном процессе (врачи, психологи) и получить в большем ассортименте индивидуально подобранные лечебные услуги. Применение КАПИН помогает врачам целенаправленно, осмысленно планировать лечебно-реабилитационные мероприятия, делает возможным оценку эффективности вмешательства при проведении сравнимости результатов различных моделей лечения.

Разработка измерительных инструментов предполагает подтверждение соответствия их основных психометрических качеств современным требованиям. На основании данных, полученных в результате повторного тестирования 86 пациентов с синдромом опиоидной зависимости (37 ВПН – 18 женщин и 19 мужчин, средний возраст – $30,8 \pm 2,9$ лет; 49 ВНН – 26 женщин и 23 мужчины, средний возраст – $28,8 \pm 5,1$) по КАПИН получены показатели надежности (коэффициент α -Кронбаха – 0,847). Результаты конкурентного изучения надежности метода показали, что обученный использованию КАПИН интервьюер выявляет проблемы пациента с конкордантностью 0,8. Высокими оказались коэффициент интеркорреляции, подтверждающий внутреннюю валидность карты и корреляционные связи, характеризующие внешнюю валидность инструмента. Исследования по типу тест-ретест показали, что данные, полученные с применением КАПИН не изменяются в зависимости от интервьюера. Исследование аддиктивного поведения выявило достаточную конкурентную и дискриминантную валидность этого инструмента. Данные по надежности и валидности были постоянными вне зависимости от пола, возраста и клиники, в которой пациент проходил лечение.

Таким образом, КАПИН является надежным и валидным инструментом, результаты исследования качеств которого соответствуют требованиям, предъявляемым в настоящее время к биометрическим измерительным инструментам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективность существующей в настоящее время организации медико-социальной помощи ПИН находится на недостаточно высоком уровне. Это можно объяснить как особенностями течения наркозависимости, так и отсутствием эффективных методов лечебного воздействия и реабилитационных технологий, несоблюдением принципов терапии наркозависимости, а также несовершенством системы оценки лечебно-реабилитационного процесса. Основной целью терапевтических программ и реабилитации наркозависимых пациентов, применяемых в российской наркологии остается полный отказ от употребления наркотика (Иванец Н.Н., 2000), то есть оценка результативности лечения в основном сводится к определению длительности ремиссии. Однако в течение короткого времени лишь незначительная часть ПИН способна прекратить потребление наркотика. Большинство пациентов длительно, на протяжении многих лет продолжают потреблять наркотики, причем некоторые ПИН до конца жизни не могут отказаться от наркотиков. Это свидетельствует о хроническом прогрессирующем течении наркозависимости, при котором рецидив является неотъемлемой частью заболевания.

С целью оценки состояния наркозависимых пациентов необходимо использовать современные многомерные валидные квантифицированные инструменты, применение которых позволяет комплексно оценить спектр медико-социальных последствий вследствие употребления ПАВ. Интегральную оценку результативности ЛРП можно осуществлять используя ряд показателей: эффективность работы наркологической службы; учреждения здравоохранения, где оказывается наркологическая помощь, включая кадровое обеспечение и состояние материально-технической базы; комплексную характеристику ПИН (социальную, клиническую, психологическую, прогностическую), способность их к длительным ремиссиям, реадaptации, возвращению к полноценному функционированию в обществе, выздоровлению; результаты социологических методов контроля потребления ПАВ. Оценка состояния пациентов должна проводиться, начиная с первого визита к врачу, при вступлении в лечебную программу, при выписке и в течение 12 месяцев динамического наблюдения (Станько Э.Л., 2010). Использование психометрической оценки психического и соматического состояния пациентов способствует своевременному выявлению и лечению сопутствующих соматических и психических расстройств, что существенно повышает эффективность лечебных программ.

Результаты КАПИН свидетельствуют о том, что эффективность современных методов лечения наркозависимости определяется показателями медико-социальных характеристик респондентов, включающих кроме социально-демографических параметров и социального функционирования, два основных критерия оценки результатов лечения: клинический и социальный. Клинический критерий представляет собой анализ интенсивности и характера наркотизации, психического и соматического состояния ПИН, медицинских последствий наркотизации и ВИЧ-инфицирования. Показатели социальной активности, конфликтности, занятости, противоправной активности и рискованных форм поведения формируют социальный критерий оценки терапевтического результата наркозависимости.

КАПИН, являясь информативным и удобным при практическом использовании инструментом многомерной оценки спектра проблем, вызванных приемом наркотических

средств, делает возможным оценку эффективности лечебного вмешательства и позволяет целенаправленно планировать необходимый объем медико-социальной помощи ПИН.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь // Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. – 2006. – 84 с.
2. 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.
3. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) / Т.Н. Дудко // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т.9, № 1. – С. 26-31.
4. Закон Республики Беларусь от 13 июля 2012 года № 408-з «О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах».
5. Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 года № 349-з «Об оказании психиатрической помощи».
6. Зобин М. Л. К вопросу об оценке эффективности лечения в наркологии / М.Л. Зобин // Наркология. – 2006. – № 10. – С. 70-72.
7. Зобин М.Л. Многофакторная оценка результатов лечения опиоидной зависимости. Автореф. Дисс. ... канд. Мед. наук : 14.0045. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 24 с.
8. Игонин А.Л., Шаклеин К.Н. Злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция: Курс лекций. Части 1 и 2. – М.: РИО СГУ «ЦНЦ ССП им. В.П.Сербского», 2006. – 272 с.
9. Инвестиции в лечение наркомании: документ на уровне лиц, ответственных за разработку политики. УНП ООН, Вена. – Нью-Йорк, 2003. – 38 с.
10. Информативность некоторых эпидемиологических параметров для оценки и прогноза наркологической ситуации в Беларуси / А.В. Козловский [и др.] // Медицинские новости. – 2005. – №2. – С. 57-60.
11. Кошкина, Е. А., Горбачев С. А., Царев С. А. Исследование скрытого контингента потребителей наркотических веществ методом «повторного захвата» / Е.А. Кошкина [и др.] // Вопросы наркологии. – 2002. – № 4. – С. 46-52.
12. Кошкина, Е.А., Киржанова В.В. Особенности распространенности наркологических расстройств в Российской Федерации в 2005 г. / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. –Т.9, № 1. – С. 19-22.
13. Медицинские и социально-психологические проблемы алкогольной и наркотической зависимости : Материалы I-ой Рос. – Бел. конф., Витебск, 19-20-июня 2002 г. / Витебский гос. ун-т ; ред.кол.: А.А. Кирпиченко [и др.]. – Витебск, 2002. – С.16-19.
14. Найденова Н. Г. Формы злоупотребления наркотически действующими веществами / Найденова Н. Г., Пятницкая И. Н. // Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2004. – С. 45-165.
15. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

16. Основные технологии лечебно-реабилитационной помощи больным наркоманией : Методические рекомендации / Т.Н. Дудко [и др.]. – М. : ФГУ НИЦ наркологии, 2009. – 45 с.
17. 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.
18. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2011 года № 1387 «О клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами».
19. Пятницкая, И. Н. Общая и частная наркология : Руководство для врачей / И.Н. Пятницкая. – М. : ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 640 с.
20. Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ / М.Л. Рохлина. — М.: Литтерра, 2010. — 256 с.
21. Руководство по реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Под ред. Ю.В. Валентика. – М.: Генер, 2003. – 397 с.
22. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков. – М.: Медицина, 2008. – 304 с.
23. Станько, Э.П. Наркотическая зависимость и ВИЧ-инфекция / Э.П. Станько // Здравоохранение. – 2011. – № 3. – С.20-24.
24. Шайдукова Л.К., Мельчихин С.И. Гашение Л.К. Шайдукова, С.И. Мельчихин // Вопросы наркологии. – 2004. – № 4. – С. 26-30.
25. Aceijas C. et al. Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries one year before the end of the “treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy” (3 by 5) // *Addiction*, 2005 in press.
26. Bobrova N. Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities / N. Bobrova et al. // *Drug Alcohol Depend.* – 2006. – Vol. 82, Suppl. 1. – P. 57-63.
27. Breaking down barriers: lessons on providing HIV treatment to IDUs. New York, International Harm Reduction Development Program (IHRD), Open Society Institute, 2004.
28. Celentano DD. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users / D.D. Celentano et al. // *AIDS*. – 2001. – Vol.15. – P. 1707-1715.
29. Clarke S. Directly observed antiretroviral therapy for injection users with HIV infection / S. Clarke et al. // *AIDS Reader*. – 2003. – Vol.12, № 7. – P. 312-316.
30. Haas A.L., Peters R.H. Development of substance abuse problems among drug-involved offenders. Evidence for the telescoping effect / A.L. Haas, R.H. Peters // *J. Subst. Abuse*. – 2000. – Vol. 12, № 3. – P. 241-253.
31. Haig T. Randomized controlled trial proves effectiveness of methadone maintenance treatment in prison / T. Haig // *Can. HIV AIDS Policy Law Rev.* – 2000. – Vol. 8, N 3. – P. 48-50.
32. Hyman S.E., Malenka R.C. Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence / S.E. Hyman, R.C. Malenka // *Nat. Rev. Neurosci.* – 2001. – Vol. 2, N 10. – P. 695-703.

33. Jentsch J.D. Role for dopamine in the behavioral functions of the prefrontal and corticostriatal system: implications for mental disorders and psychotropic drug action / J.D. Jentsch et al. // *Prog. Brain Res.* – 2000. – Vol. 126, N 3. – P. 433-453.
34. Johnson S. D. An analysis of stressors and comorbid mental-health problems that contribute to youth's paths to substance-specific services / S.D. Johnson et al. // *J. Behav. Health Serv. Res.* – 2001. – Vol. 28, N 4. – P. 412-426.
35. King V.L., Influence of psychiatric comorbidity on HIV-risk behaviors; changes during a drug abuse treatment / V.L. King et al. // *J. Addict. Dis.* – 2000. – Vol. 19, N 1. – P. 65-83.
36. Kirchmayer U. A systematic review on of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence / U. Kirchmayer et al. // *Addiction.* – 2002. – Vol. 97, N 10. – P. 1241-1249.
37. Kohli R et al. Mortality in an urban cohort of HIV-infected and at-risk drug users in the era of highly active antiretroviral therapy // *Clinical Infectious Diseases.* – 2002. – Vol. 34 – P. 864-872.
38. Mesquita F. Brazil: Giving IDUs access to HAART as a response to the HIV/AIDS epidemic. In: *Breaking Down Barriers. Lessons on Providing HIV treatment to IDUs* // New York, International Harm Reduction Development (IHRD), Open Society Institute, 2004.
39. Sambamoorthi U et al. Drug abuse, methadone treatment, and health services use among injection drug users with AIDS // *Drug and Alcohol Dependence.* – 2000. – Vol. 60. – P. 77-89.
40. The fifth edition of the Addiction Severity Index / A. McLellan, H. Kushner, D. Metzger et al. // *J. Subst. Abuse Treat.* – 1992. – Vol. 9, № 2. – P. 199-213.
41. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the DSM-IV / Y. Lecrubier, D. Sheehan, E. Weiller et al. // *Eur. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 12, № 5. – P. 224-231.
42. Van Asten LC et al. Limited effect of highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users on the population level // *European Journal of Public Health.* – 2003. – Vol. 13. – P. 347-349.
43. WHO. Global health-sector strategy for HIV/AIDS // Geneva, WHO, 2003.
44. WHO. WHO expert committee on drug dependence // Geneva, WHO, 1974. (WHO Technical Report Series No 551)
45. Wood E et al. Adherence and plasma HIV RNA responses to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users // *Canadian Medical Association Journal.* – 2003. – Vol. 169, № 7. – P. 656-661.
46. Wood E et al. Extending access to HIV antiretroviral therapy to marginalised populations in the developed world // *AIDS.* – 2003. – Vol.17. – P. 2419-2427.
47. Wood E et al. Rates of antiretroviral resistance among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use // *AIDS.* – 2005. – Vol.19. – P.1189-1195.
48. World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Antiretroviral therapy and injecting drug users//Geneva, WHO, 2005. (Evidence for Action Policy Brief, WHO/HIV/2005.01).

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 |