
минания о болезни, и вы с радостью будете наслаждаться новыми возможностями жизни. В этом ключе и проводится психотерапевтическая проработка реабилитационной программы, помимо общих занятий индивидуально с каждым пациентом, учитывая его статус, положение, жизненный опыт, окружение и т.д.

9. Игнорирование поддерживающих процедур и курсов лечения. Проводя лечение, врачи всегда рекомендуют больному при стрессах, при тяжелых жизненных ситуациях, когда снова появляются желания выпить, сдаться, сломаться, обращаться к врачам за поддерживающим лечением. Иногда для этого достаточно одной беседы или процедуры или даже курса лечения по предупреждению рецидива, но больные часто забывают об этом или игнорируют предложения, полагая, что справятся сами. Доказать целесообразность поддерживающей терапии одна из важных задач проводимого курса лечения.

10. Попытка объяснить свои неудачи при предыдущих курсах лечения. Имея опыт неудачных попыток лечения, большинство больных объясняют это тем, что попались не те врачи, что не так лечили, что разве это было лечение и т.д. И только часть больных признается в том, что лечение оказалось неудачным по их вине: не хотели лечиться, заставили, не соблюдал рекомендаций врачей, сам виноват и т.п. Вот на этих примерах и надо психотерапевтически развенчивать горе-неудачников, которые готовы объяснить чем угодно свой паразитизм в лечении и иждивенчество, обвинить кого угодно. Завтра он будет другим так же плохо говорить о вашей помощи. Это важный момент как индивидуальной, так и групповой психотерапевтической работы, где группа вынесет решение кто прав, а кто виноват. Совет врачам – будьте осторожны, когда к вам подобострастно как к единственному спасителю – кому верят, обращаются и поливают грязью всех предыдущих врачей. Не обольщайтесь и не идите у них на поводу. Врач всегда

помогает. А больной хозяин своей судьбы и самый заинтересованный в результатах лечения человек.

11. Переход на другие формы зависимости. Болезни зависимости (алкогольной, наркотической, токсикоманической, игровой (гамблеризм), табачной) носят перекрестный характер. Больной от одной зависимости может легко перейти к другой и это нередко происходит. Пытаясь оторваться от наркотиков, больные быстро обретают алкогольную зависимость или наоборот. Алкоголь часто сочетается с азартными играми. Не предупрежденные об этом, не проработав эту часть лечебной программы, больные обращаются в разное время попеременно то с одной, то с другой зависимостью.

12. Полинаркоманический синдром. Нередко к наркологам обращаются больные с миксами: «алкоголизм + наркомания», «алкоголизм + азартные игры», «алкоголизм + наркомания + азартные игры + табакокурение». При чем принимают они это параллельно и одновременно, а обращаются за помощью только от алкоголизма. Выделение одной проблемы из многих и лечение только ее бесполезно, не следует идти на поводу у больных. Надо объяснить и больному и сопровождающим родственникам о значении перекрестной зависимости, которая будет вызывать обострение других зависимостей и рецидив алкоголизма. Задача должна быть сформулирована так – либо лечить (и обязательно через стационар) все накопившиеся зависимости или отказаться лечить одну из них, результата не будет, останутся виноваты врачи.

Знание перечисленных особенностей в течении и лечении алкогольной зависимости поможет выбрать правильную психотерапевтическую тактику и более профессионально выстраивать лечебные программы. При работе над статьей нами использованы практические наработки НПЦ за многие годы работы и аналогичные упоминания части из них в наркологической литературе.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ

Ж.Х. Сексенова

г. Павлодар

Современными исследователями отмечается многосторонность проблемы наркотической зависимости: экономическая, медицинская, социальная, правовая и воспитательная (Габияни А.А., 1987, 1990; Бабаян Э.А., 1988, 1990, 1991; Силласте Г.Г., 1993; Врублевский А.Г. и соавт., 1994, 1995; Пятницкая И.Н., 1994, 1995; Корчагина Г.А., Никифоров И.А., 1994; Боголюбова Т.А., 1995; Рохлина М.Л. и соавт., 2001;

Gossop M., 1984; Grant B.F., 1995; Kendler K., et.al., 1997). Одним из последствий проблемы наркопотребления является распространение инфекций, передающихся парентеральным путем, в том числе распространение ВИЧ-инфекции

По результатам Дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) распространенность ВИЧ-инфицированных лиц среди потребителей инъекционных

наркотиков в Казахстане постоянно увеличивается. Так, в 2005 году их количество составляло 3,4%, в 2006 г. – 3,4%, в 2007 г. – 3,9%, в 2008 г. – 4,3%. В официальной статистике, по данным 2008 года, численность ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков в РК представлена 8200 человеками. Оценочное же количество лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), составляло 14 200 человек

В настоящее время система наркологической помощи населению многих стран переживает изменения. Данная ситуация связана с масштабом и темпом распространения наркотической зависимости, угрозой распространения сопутствующих инфекционных заболеваний, и в первую очередь - ВИЧ/СПИДа, а также с низкой эффективностью традиционных подходов, применяемых в здравоохранении.

Практически непрерывно идёт процесс усовершенствования отдельных аспектов или блоков реабилитационного процесса (Батищев В.В., 2000; Дудко Т.Н., 2000; Тактаров В.Г., Новиков И.А., 2001; Валентик Ю.В., 2002; Валентик Ю.В. и соавт., 2002).

Вместе с тем, как показывают объективные исследования, попытки охватить большое количество больных опиоидной зависимостью реабилитационными программами с целью добиться полной абстиненции, малоэффективны: их результат - не более 8-10% ремиссий в течение года. На фоне рецидива, возникающего почти в 90% случаев, повышается вероятность передозировки и/или рискованного поведения (протокол исследования UNODC, 2008).

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (1998): «Заместительная терапия при условии медицинского контроля должна быть доступна для употребляющих опиоиды как средство замещения легальным наркотиком, принимаемым внутрь, нелегального наркотика, обычно вводимого путем инъекций. Такая терапия должна быть одной из составляющих служб оказания всесторонней медицинской и социальной помощи».

Заместительная поддерживающая терапия была признана одним из эффективных методов лечения опиоидной зависимости. По мнению экспертов, с помощью этого метода можно снизить высокие издержки, связанные с опиоидной зависимостью, для самих индивидов, их семей и для общества в целом – главным образом, благодаря сокращению употребления героина, уменьшению количества связанных с ним смертельных исходов, сокращению числа случаев поведения, сопряженных с риском инфицирования ВИЧ, а так же снижению преступного поведения (ВОЗ, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УООННП), Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2004).

В октябре 2008 года на базе Павлодарского областного центра профилактики и лечения зависимых заболеваний (областной наркологический диспан-

сер) стартовал проект по внедрению опиоидной заместительной терапии.

В связи с тем, что препарат метадона гидрохлорид не зарегистрирован в стране как лекарственное средство, то ввоз в Казахстан осуществлялся на основании специального разрешения Комитета фармацевтического контроля Министерства здравоохранения РК по представлению обоснования (п. 3 п.п. 3 ст. 28 Закона РК «О лекарственных средствах») для лечения редких и/или особо тяжёлых заболеваний, в рамках реализации проекта заместительной терапии для ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, в соответствии с Соглашением о гранте Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией и ГУ РЦ СПИД) для соблюдения национальных Правил по определению норм потребностей и государственной квоте на наркотические средства в РК

Основной целью пилотного проекта опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) являлась оценка её эффективности лиц, страдающих опиоидной наркоманией, для обоснования целесообразности применения метода заместительной терапии метадонем на территории Республики Казахстан

После проведенных подготовительных работ по оснащению кабинета выдачи метадона в октябре 2008 года были приняты первые пациенты проекта. Вопрос о включении пациента в программу заместительной терапии решался Консультативной комиссией (в составе менеджера программы - председателя, врача-нарколога, психолога и социального работника) при приёме в программу. Однопроцентный сироп метадона гидрохлорид назначался на фоне выраженных абстинентных проявлений в условиях дневного стационара. В течение 3-4 часов велось наблюдение за самочувствием и общим состоянием пациента. При необходимости увеличивали дозу препарата. Максимальная доза в первые сутки составляла 15 мг. Адекватность дозы определялась по объективным признакам, а именно по купированию абстинентных проявлений. В следующие дни доза поднималась на 5-10 мг. Фаза индукции препарата длилась в среднем до 2-3 недель. В соответствии с рекомендациями ВОЗ средняя терапевтическая доза метадона гидрохлорида составляет 80-120 мг. Но по клиническому состоянию пациентов данная доза была назначена далеко не всем пациентам. При попытке поднять дозу препарата приводила к симптомам перенасыщения: сонливости, «клевания носом», сужения зрачков, тошноты, зуда лица (особенно носа). Таким образом, средняя суточная доза препарата составила 59,97 мг. При удовлетворительном психическом и физическом состоянии доза метадона считалась адекватной и не требовала дополнительных назначений.

Исходя из аксиомы, что каждый пациент имеет свою определенную толерантность к наркотикам, стало возможным предположение о незначительно

высокой толерантности к нелегальным наркотикам, используемым до включения в проект (хотя со слов пациентов средняя доза составляла 1,0-3,0 грамма героина в сутки).

Постоянные высказывания о выраженной токсичности метадона некоторыми исследователями, широко публикуемое СМИ, побудило исследовать показатели крови до вхождения в программу и наблюдать в динамике. На основании проведенных клинических лабораторных исследований можно сделать вывод об относительном соматическом благополучии пациентов. При этом мы должны принимать во внимание наличие коморбидной патологии (позитивного ВИЧ-статуса, гапатитов В, С, другие соматические заболевания), а так же возможное токсическое действие ме-

тадона гидрохлорида в течение 9,46 месяца (средней продолжительности участия в программе ОЗТ).

Общий анализ крови проводился при входе в программу ОЗТ и далее ежеквартально. Исследование показателей общего анализа крови (у пациентов оставшихся в проекте) показало, что при ежеквартальных колебаниях показателей, данные оставались в пределах нормы. Выходящим за пределы нормы являлась скорость оседания эритроцитов (СОЭ – показатель, свидетельствующий о наличии воспалительного процесса в организме). Незначительное превышение нормы – ускорение СОЭ от 15 до 26 мм в час наблюдалось у 42,8 % пациентов при вхождении в проект. В динамике данный показатель пришел в пределы нормы (таблица 1).

Таблица 1

Основные показатели общего анализа крови

Показатели крови	При входе в проект ОЗТ	Через 3 месяца реализации проекта	Через 6 месяцев реализации проекта	Через 9 месяцев реализации проекта	Через 12 месяцев реализации проекта
Гемоглобин (г/л)	133,5	136,5	134,1	124,5	135,2
Эритроциты ($10^{12}/л$)	4,1	4,42	4,14	4,09	4,2
Лейкоциты ($10^9/л$)	5,1	5,7	5,5	5,0	5,0
СОЭ (мм/час)	14,5	15,5	13,2	11,6	10,2

Биохимический анализ крови. Проводился при входе в программу ОЗТ и далее 1 раз в 6 месяцев (исследование проводится по показаниям, плановое повторное исследование 1 раз в шесть месяцев). За пределы нормы выходили такие показатели, как:

глюкоза (отражает углеводный обмен, имеет диагностическое значение при заболеваниях поджелудочной железы, функциональных расстройствах других эндокринных желез, органических поражениях

ЦНС, при заболеваниях печени воспалительного или дегенеративного характера);

АЛТ (при патологическом процессе в печени, поджелудочной железе, затем в других тканях);

АСТ (отражает патологический процесс в большей степени в сердце, эритроцитах, скелетных мышцах, затем в печени);

тимоловая проба (оценивает белково-синтетическую функцию печени, наличие патологического воспалительного процесса в печени) (таблица 2).

Таблица 2

Основные показатели биохимического анализа крови

Показатели	При входе в проект ОЗТ	Через 6 месяцев реализации проекта	Через 12 месяцев реализации проекта
Общий белок (г/л)	82,3	74,3	82,9
Мочевина (ммоль/л)	4,7	4,1	4,6
Глюкоза (ммоль/л)	7,2	3,6	4,4
АЛТ (мккат/л)	0,5	1,2	0,54
АСТ (мккат/л)	0,36	1,25	0,62
Общий билирубин (мкмоль/л)	14,9	28,8	15,1
Тимоловая проба (ед)	9,68	11,2	9,8

Интересным является то, что данные показатели достигли своего максимального патологического значения в середине реализации проекта – через 6 месяцев. Затем в динамике отмечается их улучшение. Возможным объяснением таких изменений может быть несколько причин:

а) наличие коморбидной патологии, активность которой была приостановлена отсутствием стресса (в отношении наркотических веществ), а также поддерживающим симптоматическим лечением;

б) адаптация к воздействию препарата метадона гидрохлорида на фоне поддерживающего лечения.

в) CD-4 - белые клетки крови, выполняющие важные функции иммунитета. Вирус иммунодефицита (ВИЧ) способен контактировать с CD-4 рецепторами Т - лимфоцитов, после чего вирус проникает внутрь этих клеток – «инфицирует их». Даже если ВИЧ-инфицированный человек чувствует себя хорошо и не имеет никаких симптомов болезни, огромное количество CD4-клеток инфицируется и разрушается вирусом и такое же количество продуцируется нашим организмом, чтобы заместить утраченные клетки.

г) Исследование CD-4 клеток на базе наркологических диспансеров не проводилось (результаты были предоставлены сотрудниками СПИД-центров городов Павлодара и Темиртау). Средний показатель CD-4 в начале проекта составил 435,8 клеток в куби-

ческом миллилитре крови (минимальный – 81, максимальный - 815). Через год реализации проекта – 462 клетки/мм³, при этом минимальный уровень составил 84, максимальный - 1351). В целом, необходимо отметить улучшение показателей CD-4.

Общий анализ мочи (таблица 3). Исследование проводилось в плановом порядке трижды (при входе в проект ОЗТ, через 6 и 12 месяцев реализации проекта), а также по мере необходимости. При первичном исследовании общего анализа мочи из наиболее часто встречающейся патологии отмечались следы белка (до 0,033 г/л) – 21,7% случаев. В динамике данный показатель встречался реже (у 4,34% пациентов). Наличие эритроцитов (гематурия) отмечалась у одного пациента на протяжении всего срока реализации проекта.

Таблица 3

Основные показатели общего анализа мочи

Показатели	При входе в проект ОЗТ	Через 6 месяцев реализации проекта	Через 12 месяцев реализации проекта
Цвет	желтый	желтый	желтый
Относительная плотность	1016	1015	1017
Следы белка	21,7%	8,6%	4,34%
Плоский эпителий (в поле зрения)	2,5	2	2,2
Лейкоциты (в поле зрения)	3,9	3,1	4,1
Бактерии (в 1 мл)	4,1%	4,1%	2,08%
Слизь	22,9%	12,5%	4,1%
Эритроциты	2,08%	2,08%	2,08%

Таблица 4

Количественные данные об участниках проекта ОЗТ

№ п/п	Критерии	г. Павлодар	ВСЕГО в РК
1	Количество всех случаев приема в программы ОЗТ, начиная с ноября 2008	48	85
2	Количество пациентов, выбывших из программы в течение года реализации проекта	21	39
	в т.ч. завершили лечение в плановом порядке с положительным результатом	5	7
	в т.ч. внеплановое прекращение лечения (категорический отказ от лечения без планового выхода)	10	20
	в т.ч. привлечены к уголовной ответственности за ранее совершенные преступления	2	4
	в т.ч. привлечены к уголовной ответственности за преступления, совершенные в период участия в проекте ОЗТ	2	2
	в т.ч. Исключено из - за нарушения режима (нерегулярное посещение - 1 раз в 5-10 дней)	1	4
	в т.ч. исключено из - за агрессии в отношении медицинского персонала	-	1
	в т.ч. умерло (по соматическому состоянию)	1	1
3	Количество пациентов повторно принятых в программу	1	3
4	Количество пациентов, участвующих в программе на конец года	26	48
5	Процент удержания в программе	72,9%	74,28%

Эффективность программы ОЗТ характеризовалась процентным соотношением лиц, находящихся в проекте в течение года. Данный показатель рас-

считывался из соотношения количества всех случаев приема в программу ОЗТ (начиная с ноября 2008 г.) к числу следующих показателей (таблица 4):

-
-
- количество пациентов, выбывших из программы, в т.ч. завершили лечение в плановом порядке с положительным результатом;
 - количество пациентов, выбывших из программы, в т.ч. привлечены к уголовной ответственности за ранее совершенные преступления;
 - количество пациентов, выбывших из программы, в т.ч. умерло;

- количество пациентов повторно принятых в программу;
- количество пациентов, участвующих в программе на конец года.

Таким образом, уровень удержания в программе ОЗТ на конец года составил по Павлодарскому региону 72,9%, что расценивается как соответствующий средним показателям как по Республике Казахстан (74,28%), так и по мировым данным.