



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Оценка эффективности опиоидной заместительной терапии в местах лишения свободы

**Предварительное исследование в
Кыргызстане**



Emilis Subata, Вильнюсский центр лечения болезней зависимости, Литва
Saliya Karymbaeva, Страновой офис ВОЗ в Кыргызстане
Lars Møller, Европейское региональное бюро ВОЗ

РЕФЕРАТ

В 2009-2010 гг. была проведена оценка результатов экспериментальной программы опиоидной заместительной терапии в исправительном учреждении - колонии № 47 в г. Бишкеке (Кыргызстан). В ходе исследования с целью оценки результатов программы на курс метадоновой поддерживающей терапии было принято восемьдесят четыре пациента. Оценка состояния пациентов проводилась до начала курса и через 3 и 6 месяцев после начала. Использовались принятые ВОЗ инструменты исследования, переведенные на русский язык и применявшиеся в предыдущих исследованиях по изучению исходов опиоидной заместительной терапии. Они включали индекс лечения опиоидной зависимости, вопросник ВОЗ для оценки качества жизни WHOQOL-BREF, вопросник для оценки риска передачи гемотрансмиссивных вирусов, шкалу Занга для самооценки депрессии и другие. Результаты исследования показывают систематическое улучшение состояния здоровья и качества жизни у пациентов, получающих опиоидную заместительную терапию, а также значительное снижение рискованных форм поведения при инъекционном потреблении наркотиков, связанных с передачей ВИЧ-инфекции и других гемотрансмиссивных вирусов.

Ключевые слова

**OPIOID-RELATED DISORDERS - drug therapy
METHADONE - therapeutic use
PRISONS
PROGRAM EVALUATION
KYRGYZSTAN**

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Резюме	4
Введение	7
Методика исследования	9
Результаты.....	10
Обсуждение	17
Рекомендации	18
Библиография	20

Резюме

В 2009 г. восьмидесяти четырьмя заключенным исправительной колонии № 47 в г. Бишкеке (Кыргызстан), которые удовлетворяли критериям для включения в программу опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), определенным Национальным протоколом ведения опиоидной заместительной терапии, было предложено пройти заместительную терапию метадонем и принять участие в исследовании с целью оценки эффективности этой программы. Психиатром и/или наркологом была проведена тщательная клиническая оценка пациентов, и от признанных пригодными для включения в программу пациентов было получено осведомленное согласие. Специально подготовленные интервьюеры провели с участниками исследования интервью в первые две недели после начала опиоидной заместительной терапии (оценка исходного состояния), а затем через 3 и 6 месяцев. Вопросы, задаваемые в ходе интервью, охватывали период времени 30 суток до начала лечения и 30 суток до интервью, проводившихся через 3 и 6 месяцев после начала лечения. В исследовании были использованы инструменты, которые применялись в Совместном исследовании ВОЗ по изучению заместительного лечения опиоидной зависимости и ВИЧ/СПИДа: это "Индекс лечения опиоидной зависимости", вопросник для оценки риска гемотрансмиссивной передачи вируса, шкала Занга для самооценки депрессии, вопросник ВОЗ для оценки качества жизни WHOQOL-BREF и шкала тяжести зависимости. В исследовании использовались официальные, утвержденные Всемирной организацией здравоохранения версии указанных вопросников на русском языке.

Статистический анализ данных показал, что через 3 месяца 84 пациента продолжали опиоидную заместительную терапию, а через 6 месяцев ее продолжали получать 55 пациентов. Выбывшие из программы лечения и из исследования прекратили участие в силу внешних факторов (например, перевод в другое исправительное учреждение или досрочное освобождение). Результаты исследования показали систематическое, выраженное и статистически значимое улучшение в состоянии здоровья и качестве жизни пациентов, получавших опиоидную заместительную терапию в колонии. Также было показано снижение рискованных форм поведения при инъекционном потреблении наркотиков и уменьшение потребления героина.

У данного исследования с целью оценки эффективности программы было несколько недостатков. Например, при наблюдательном (когортном) исследовании не было контрольной группы, не получавшей лечения. Тем не менее, как показывают данные исходной оценки, состояние потребителя героина, не получавшего лечения в исправительном учреждении, и последующие положительные изменения в качестве жизни, состоянии здоровья или инъекционном потреблении наркотиков 3 и 6 месяцев спустя могут положительно ассоциировать с опиоидной заместительной терапией. Еще один недостаток состоял в сложности определения того, насколько откровенно заключенные сообщали об употреблении наркотиков и рискованном поведении в заключении.

И все же, несмотря на эти недостатки, результаты данного исследования с целью оценки исходов программы показывают, что у потребителей инъекционных наркотиков, получавших заместительное лечение опиоидами во время нахождения в заключении, произошли значительные и устойчивые положительные изменения в состоянии здоровья и в поведении. Эти результаты имеют большое практическое значение для расширения масштабов профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в местах лишения свободы за счет обеспечения более широкого доступа к опиоидной

заместительной терапии. Устойчивое улучшение здоровья и качества жизни пациентов, получающих опиоидную заместительную терапию, также позволяет говорить о потенциальной экономии затрат, поскольку у пациентов – потребителей инъекционных наркотиков, получающих опиоидную заместительную терапию, меньше вероятность того, что им понадобится медико-санитарная (интенсивная) помощь во время пребывания в исправительном учреждении.

Для расширения применения опиоидной заместительной терапии в местах лишения свободы и достижения ее максимального положительного эффекта для профилактики ВИЧ-инфекции в Кыргызстане рекомендуются следующие меры:

1. Расширенная программа опиоидной заместительной терапии должна пройти полную процедуру утверждения в законодательном порядке. В настоящее время предварительное исследование проводится на основании приказа министра. Из-за этого будущее такого лечения остается неопределенным.
2. Необходимо продолжать усилия по дальнейшему расширению доступа потребителей инъекционных наркотиков к опиоидной заместительной терапии в местах лишения свободы. Это повысит их шансы на то, что им удастся избежать инфицирования ВИЧ, гепатитом В и С, туберкулезом и инфекциями, передаваемыми половым путем. Рекомендуется распространить практику проведения опиоидной заместительной терапии на все места лишения свободы и центры содержания под стражей.
3. Во всех местах лишения свободы должен быть обеспечен постоянный доступ к комплексной медицинской помощи в медицинских пунктах, которая должна включать профилактику инфекционных болезней и помощь и психосоциальную поддержку при заболевании. В медицинских пунктах в местах лишения свободы также должен быть в наличии налоксон, чтобы не дать пациентам умереть от передозировки опиоидов.
4. В стране должен быть принят план ведения мониторинга и оценки исходов ОЗТ, и этим мониторингом должны быть охвачены пенитенциарные учреждения. Мероприятия по проведению мониторинга и оценки эффективности должны быть неотъемлемым и постоянным элементом каждой программы опиоидной заместительной терапии, о чем говорится в клиническом протоколе для организаций медико-санитарной помощи в системе министерств здравоохранения и юстиции. Для проведения мониторинга необходимо разработать короткий вопросник для сбора данных (на основе готовых методик), чтобы можно было контролировать изменения в потреблении наркотиков, в состоянии здоровья, в социальной интеграции и рискованном поведении.
5. Опиоидная заместительная терапия в полицейских изоляторах временного содержания под стражей должна быть частью стандартного лечения, и арестованных, проходящих опиоидную заместительную терапию, не нужно содержать в специальных камерах. Опиоидная заместительная терапия – это стандартное лечение хронического заболевания.
6. Системы обмена игл успешно функционируют в исправительных учреждениях, однако в центрах временного содержания под стражей, включая полицейские изоляторы, доступа к этой услуге по-прежнему нет. По возможности следует внедрить системы обмена игл.

7. Обычно у заключенных, потребляющих наркотики, нет информации по вопросам снижения вреда, опиоидной заместительной терапии и заболеваний, связанных с потреблением наркотиков. Было бы чрезвычайно полезно, если бы министерство здравоохранения и пенитенциарная служба взяли на себя ответственность за предоставление такой информации – например, в виде брошюр и плакатов.
8. Необходимо создать систему обеспечения гарантированного наличия метадона, чтобы не допускать в будущем такой ситуации, которая возникла в 2009 г., когда трудно было достать метадон.
9. Для того, чтобы избежать неправильных представлений об опиоидной заместительной терапии на всех уровнях, необходимо разработать стратегию распространения информации среди государственных служащих, сотрудников правоохранительных органов и медицинских работников.
10. На всех уровнях следует продолжать практику привлечения неправительственных организаций к предоставлению социальной и правовой поддержки пациентам, получающим опиоидную заместительную терапию в местах лишения свободы.
11. Необходимо расширять применение в местах лишения свободы лечения антиретровирусными препаратами, поскольку ни один заключенный не должен ждать, пока возникнет возможность получить адекватное лечение ВИЧ/СПИДа.

Введение

Как показывают новейшие данные научных исследований, опиоидная зависимость – это хроническое состояние с частыми рецидивами. В наше время опиоидную зависимость часто сравнивают с другими хроническими заболеваниями, такими как гипертоническая болезнь, сахарный диабет и астма (McLellan et al., 2000; WHO, 2004a). При хронических заболеваниях нет особенных средств полного излечения. Тем не менее, при правильном длительном лечении и врачебной помощи (а также при условии изменений в поведении больных) можно устранить или уменьшить симптомы хронических болезней и добиться высокого качества жизни. В этом контексте опиоидная заместительная терапия признана оправданной с точки зрения соотношения затрат и эффективности стратегией достижения высоких уровней удержания потребителей инъекционных наркотиков в программах лечения, значительного снижения незаконного употребления опиоидов и снижения рискованных форм поведения при инъекционном потреблении наркотиков. Как метадон, так и бупренорфин включены в "Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств: 14-я редакция" (Комитет экспертов ВОЗ по отбору и использованию основных лекарственных средств, 2005 г.).

Опиоидная заместительная терапия признана эффективным методом профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и повышения уровня приверженности антиретровирусной терапии среди отобранных для лечения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г.; WHO, 2004b; Farrell et al., 2005; Wolfe, Carrieri and Shepard, 2010). Высокая эффективность метадона и бупренорфина в лечении опиоидной зависимости и профилактике ВИЧ-инфекции доказана (WHO, 2004c; ВОЗ, 2009). Эффективность метадона и бупренорфина (при использовании в опиоидной заместительной терапии) в снижении незаконного употребления опиоидов и рискованных форм поведения при инъекционном потреблении наркотиков, повышении качества жизни, улучшении состояния здоровья и снижении противоправного поведения изучалась не только в странах с высоким и средним уровнем доходов (Mattic et al., 2009; Gowing et al., 2011), но и в странах с низким уровнем доходов, таких как Индонезия, Исламская Республика Иран, Китай, Литва, Польша, Таиланд и Украина (Lawrinson et al., 2008; Schaub et al., 2009).

В опубликованном ВОЗ новом "Руководстве по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением" рекомендуется в большинстве случаев лечения отдавать предпочтение опиоидной заместительной терапии метадоном или бупренорфином, а не детоксикации, отдавать предпочтение метадонону, а не бупренорфину, и обеспечивать широкую доступность как заместительной терапии метадоном, так и услуг детоксикации, в том числе в местах лишения свободы (ВОЗ, 2009 г.).

В последние годы поддерживающее лечение метадоном и бупренорфином все чаще рекомендуется в рамках стратегий профилактики ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы как одно из важных и высокоэффективных вмешательств со стороны общественного здравоохранения (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г.). Опиоидная заместительная терапия включена во всеобъемлющий пакет мер вмешательства по снижению вреда для потребителей инъекционных наркотиков и рекомендована в качестве одного из подходящих вмешательств в местах лишения свободы и в других закрытых учреждениях (WHO, UNODC and UNAIDS, 2009). Кроме того, принцип эквивалентности медико-санитарной помощи требует, чтобы заключенные без какой-либо дискриминации имели право на получение помощи такого же качества и

уровня, что и люди, живущие в обществе (UNODC, 2008). Были разработаны практические руководства по внедрению опиоидной заместительной терапии в местах лишения свободы (Møller et al., 2007; Kastelic, Pont & Stöver, 2008; UNODC, 2008; WHO Regional Office for the Western Pacific, 2009).

В 2002 г. Кыргызстан стал первой страной Центральной Азии, которая инициировала экспериментальную программу опиоидной заместительной терапии. Первая оценка эффективности программы показала, что опиоидная заместительная терапия эффективно снижает незаконное употребление наркотиков и повышает уровень социальной интеграции пациентов, получающих опиоидную заместительную терапию (Асанов, неопубликованные заметки, 2005 г.). К 2006 г. число центров, осуществляющих опиоидную заместительную терапию, было невелико (всего два центра – в Бишкеке и в Оше), а число пациентов, получающих опиоидную заместительную терапию, фактически снизилось (до 145 человек). Таким образом, до 2006 г. опиоидная заместительная терапия не играла значительной роли в профилактике ВИЧ-инфекции (Subata & Pkhakadze, 2006). Тем не менее, в результате проведенной оценки (Subata & Pkhakadze, 2006) был сделан вывод, что на предварительном этапе программы опиоидной заместительной терапии в период 2002-2006 гг. заместительное лечение метадоном в Бишкекском и Ошском наркологических центрах осуществлялось комплексно, в сотрудничестве с другими лечебными учреждениями и неправительственными организациями. В процессе реализации программы опиоидной заместительной терапии местные медицинские работники приобрели опыт ведения заместительного лечения опиоидами.

По результатам оценки также была дана рекомендация расширить и географически децентрализовать применение опиоидной заместительной терапии и обеспечить соответствующее повышение квалификации имеющихся работников. Кроме того, миссия по проведению оценки обратила особое внимание на ситуацию в пенитенциарной системе с точки зрения распространенности употребления наркотиков и ВИЧ-инфекции. Миссия также рекомендовала осуществить экспериментальную программу опиоидной заместительной терапии в пенитенциарной системе. Также в отчет об оценке эффективности была включена описательная модель опиоидной заместительной терапии в местах лишения свободы (Subata & Pkhakadze, 2006).

В октябре 2008 г. прибывшая в Кыргызстан миссия Европейского регионального бюро ВОЗ провела контрольную оценку результатов разработки программы опиоидной заместительной терапии, достигнутых после 2006 г. В отчете об оценке (Субата Э., Моллер Л., Карымбаева С., 2009 г.) говорилось, что в период с 2006 по 2008 гг. правительству Кыргызстана совместно с учреждениями системы ООН и международными и местными партнерами из числа неправительственных организаций удалось значительно расширить применение заместительной терапии метадоном. Число наркологических центров, проводящих заместительное лечение метадоном, увеличилось с 2 в 2006 г. до 13 в 2008 г. В пять раз также увеличилось число потребителей инъекционных наркотиков, получающих опиоидную заместительную терапию – со 145 человек в октябре 2006 г. до 729 в октябре 2008 г. В сотрудничестве с центрами семейной медицины было децентрализовано предоставление опиоидной заместительной терапии. Кроме этого, исследование с целью оценки показало, что по всей стране после зачисления пациентов в программы опиоидной заместительной терапии значительно улучшились многие показатели их здоровья и социального благополучия (Møller et al., 2009).

Методика исследования

Участники и порядок проведения исследования

В 2009 г. заключенным в исправительной колонии № 47 было предложено принять участие в программе опиоидной заместительной терапии с использованием метадона. Перед тем, как принять пациентов в программу ОЗТ, психиатр и/или нарколог проводили тщательную клиническую оценку их состояния. Если у пациентов была опиоидная зависимость и они удовлетворяли другим критериям включения в программу опиоидной заместительной терапии, которые определены в Национальном протоколе (например, инъекционное потребление наркотиков в течение не менее двух лет и наличие в анамнезе безуспешных предыдущих попыток лечения), им предлагалась возможность принять участие в программе опиоидной заместительной терапии. У пациентов также были и другие варианты выбора способа лечения: например, они могли выбрать стационарное лечение синдрома отмены, а также последующее психосоциальное воздействие, ориентированное на воздержание от наркотиков (так называемая программа "Атлантис"). Оба способа лечения (ведение синдрома отмены и программа "Атлантис") были доступны в медсанчасти колонии № 47 в течение нескольких лет.

Сотрудники обратились ко всем пациентам, которые удовлетворяли критериям для зачисления в программу опиоидной заместительной терапии, и предложили им возможность участвовать в исследовании с целью оценки эффективности лечения. От отобранных пациентов было получено осознанное согласие; их проинформировали о том, что участие в исследовании является делом добровольным и что выбытие из исследования не приведет ни к каким отрицательным последствиям и не повлияет на последующее обращение с ними или на иные условия их пребывания в заключении. Участникам исследования было гарантировано, что данные исследования будут конфиденциальными и не повлияют на их дальнейшее пребывание в колонии.

Специально подготовленные интервьюеры провели с участниками исследования интервью в течение первых двух недель после начала опиоидной заместительной терапии (оценка исходного состояния), а затем через 3 и 6 месяцев. В лечении пациентов интервьюеры участия не принимали. Опрос в ходе интервью охватывал 30-дневный период, предшествовавший поступлению в программу лечения и дате повторных интервью, проводимых через 3 и 6 месяцев после начала. Данные вводились в базу данных, и с помощью статистического программного пакета SPSS проводился их статистический анализ.

Оцениваемые показатели

Демографические данные о субъектах исследования включали наличие работы и уровень образования; также собирались данные о предыдущем терапевтическом лечении и наличии в анамнезе лечения по поводу употребления наркотиков. В исследовании были использованы те же показатели, которые были включены в Общий протокол совместного исследования ВОЗ по изучению заместительной терапии опиоидной зависимости и ВИЧ/СПИДа (Lawrinson et al., 2008). Использовались официальные русскоязычные версии вопросников.

Проводившие опрос интервьюеры определяли уровень употребления героина, других опиоидов, каннабиса, амфетаминов, кокаина, бензодиазепинов и табака, а также симптомы, испытываемые как расстройства здоровья, с помощью вопросника "Индекс

лечения опиоидной зависимости" (Darke et al., 1992).¹ Действия, связанные с риском подвергнуться заражению гемотрансмиссивными вирусами – путем инъекции, через другие нарушения кожного покрова и небезопасное сексуальное поведение – оценивались с помощью вопросника самостоятельного заполнения – "Вопросника для оценки риска передачи гемотрансмиссивных вирусов" BBV-TRAQ (Fry, Rumbold & Lintzeris, 1998). При необходимости интервьюеры были готовы помочь участникам исследования в заполнении вопросника. Для оценки уровней депрессии среди участников также применялась шкала Занга для самооценки депрессии (Zung, 1965), а для установления субъективного ощущения благополучия, ассоциирующего с соматическим здоровьем, психическим здоровьем, социальными отношениями и окружающей средой, использовался разработанный ВОЗ вопросник для оценки качества жизни WHOQOL-BREF (WHO, 1993) в его краткой форме. Оценка тяжести зависимости проводилась с помощью состоящего из пяти пунктов вопросника, составленного на основе "Шкалы тяжести зависимости" (Gossop et al., 1995).

Статистический анализ

Для выполнения статистического анализа использовалась компьютерная программа SPSS. Для сравнения средних показателей в исходном состоянии, через 3 месяца и через 6 месяцев применялся тест Фридмана – непараметрический статистический тест (аналогичный параметрическому методу множественного сравнения ANOVA), который позволяет выявить различия в методах лечения между множественными тестовыми попытками. В случае, когда исследовался узкий диапазон значений и результаты исследования не обязательно распределялись по нормальному закону распределения, для статистических анализов применялись непараметрические методы статистической оценки. Для проверки нулевой гипотезы использовался тест Фридмана. Тест Фридмана позволяет оценивать несоответствие, когда параметры исследуемого контингента оцениваются более двух раз.

Результаты

Демографические характеристики

Все 84 пациента, зачисленные в исследование, были лица мужского пола. Средний возраст составлял 35,6 лет. Из 84 пациентов 26 (30,9%) были ВИЧ-положительные, а 41 (48,8%) получали опиоидное заместительное лечение ранее, до попадания в колонию, но были вынуждены прервать лечение после лишения свободы.

Удержание в лечении

По истечении 3 месяцев все 84 пациента (100%) оставались в процессе лечения и продолжали участвовать в исследовании. По истечении 6 месяцев в лечении и исследовании осталось 55 пациентов (65,5%). Остальных пациентов либо перевели в другие исправительные учреждения, где они не могли продолжать опиоидную заместительную терапию, либо выпустили на свободу. Контрольное наблюдение за этими

¹ Индекс лечения опиоидной зависимости – это структурированное интервью, предназначенное для оценки эффективности методов медикаментозного лечения. При проведении этого интервью оцениваются следующие шесть показателей исходов лечения: употребление наркотиков, поведение, связанное с риском ВИЧ-инфицирования, социальное функционирование, противоправные действия, состояние здоровья и психологическое функционирование. Проведение интервью по полной форме занимает 20-30 минут.

пациентами не входило в задачи данного исследования, однако нужно подчеркнуть, что преемственность и непрерывность помощи заключенным, проходящим опиоидную заместительную терапию, после выхода на свободу имеет жизненно важное значение. Во время пребывания в колонии никто из пациентов не отказался от продолжения опиоидной заместительной терапии или участия в исследовании.

Изменения в качестве жизни, рискованных формах поведения, состоянии здоровья и употреблении наркотиков

В таблице 1 представлены основные результаты исследования с целью оценки исхода программы ОЗТ. Здесь показаны средние баллы и стандартные отклонения в исходном состоянии, в 3 месяца и в 6 месяцев после начала.

Категория	Среднее значение и стандартное отклонение			Тест Фридмана	
	Исходное состояние	3 месяца	6 месяцев	χ^2	Величина P
Вопросник WHOQOL–BREF					
Физическая сфера	27 ± 15	72 ± 14	92 ± 9	223	< 0,001
Психологическая сфера	30 ± 14	58 ± 15	67 ± 10	163,6	< 0,001
Социальная сфера	24 ± 18	36 ± 17	49 ± 14	101,821	< 0,001
Сфера окружающей среды	34 ± 13	55 ± 17	63 ± 11	223	< 0,001
Итого по вопроснику WHOQOL	114 ± 49	222 ± 54	271 ± 30	223	< 0,001
Вопросник BBV-TRAQ					
Секс	0,07 ± 0,70	0,01 ± 0,11	0,07 ± 0,26	219,018	< 0,001
Нарушение кожного покрова	2,7 ± 2,2	1,3 ± 1,5	1,8 ± 1,9	4,356	0,037
Инъекция	21,3 ± 16,0	0,48 ± 2,10	0,40 ± 1,20	13,376	< 0,001
Суммарный риск	24,0 ± 18,0	2,0 ± 3,0	2,0 ± 2,0	2,020	0,155
Шкала Занга для оценки депрессии					
Депрессия	59 ± 9	42 ± 9	31 ± 7	223	< 0,001
Шкала противоправных действий в вопроснике ОТИ					
Суммарные результаты оценки совершения противоправных действий	1,4±1,5	0,21 ± 0,56	0,07 ± 0,42	91,653	< 0,001
Шкала состояния здоровья в вопроснике ОТИ					
Суммарные результаты оценки состояния здоровья	27 ± 6	12 ± 8	3 ± 2	100,660	< 0,001
Общие сведения	7 ± 2	4 ± 3	0,95 ± 1,1	23,925	< 0,001
Проблемы, связанные с инъекционным	2,2 ± 1,1	0,39 ± 0,93	0,02 ± 0,13	22,447	< 0,001

потреблением наркотиков					
Сердечно-легочные проблемы	5,7 ± 1,9	3 ± 2	0,78 ± 0,87	7,220	0,007
Расстройства мочеполовой системы	2,06 ± 1,5	0,85 ± 0,95	0,27 ± 0,45	48,091	< 0,001
Проблемы костно-мышечной системы	2,05 ± 0,47	0,52 ± 0,79	0,04 ± 0,19	10,580	< 0,001
Неврологические расстройства	5,5 ± 1,6	2,0 ± 1,6	0,60 ± 0,60	1,887	0,170
Проблемы желудочно-кишечного тракта	2,7 ± 1,1	1,2 ± 1,2	0,27 ± 0,76	4,592	0,052

Шкала потребления наркотиков в вопросе OTI:

Баллы по шкале Q

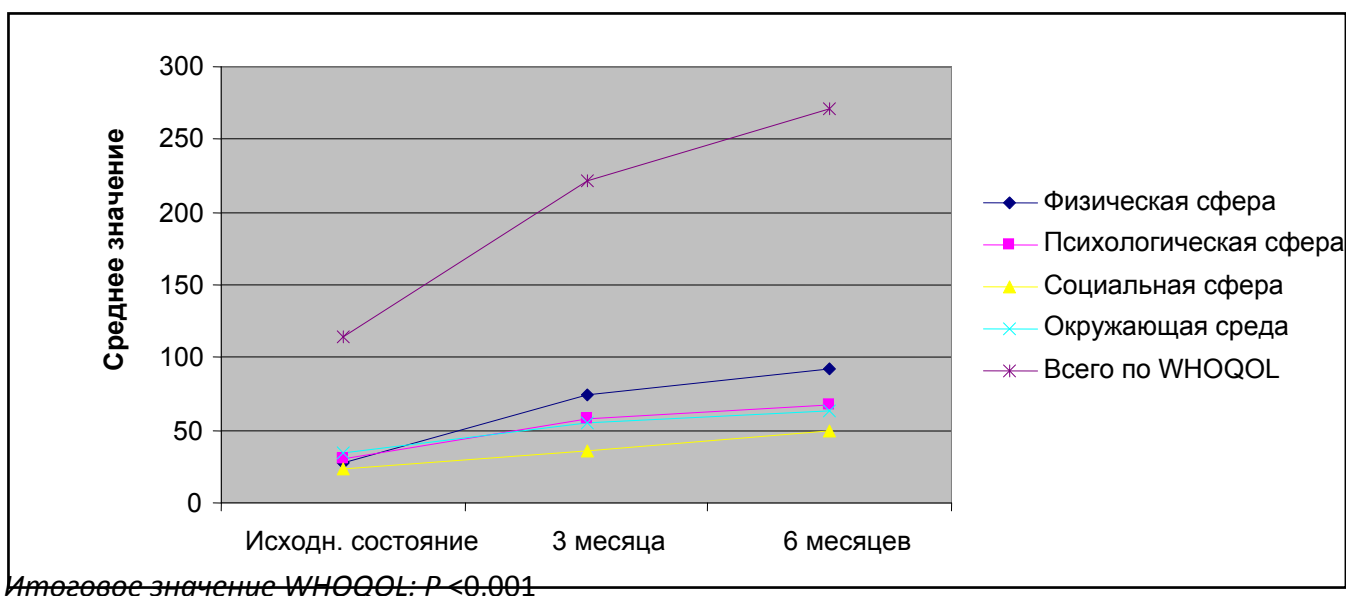
Героин	0,3	0,1	0,1	221	< 0,001
Другие седативные, снотворные препараты и транквилизаторы	0,10	0,04	0,01	223	< 0,001
Каннабис	0,11	0,00	0,00	222	< 0,001

Шкала тяжести зависимости					
Итого	11 ± 2	4,0 ± 1,5	3,0 ± 1,3	129,310	< 0,001

Качество жизни

Результаты, полученные с помощью вопросника для оценки качества жизни WHOQOL-BREF, показали выраженное и статистически значимое улучшение качества жизни во всех четырех сферах (физической, психологической, социальной и в сфере окружающей среды) по истечении 3 и 6 месяцев по сравнению с исходным состоянием (рис. 1).

Рис. 1. Качество жизни, оцениваемое с помощью вопросника WHOQOL

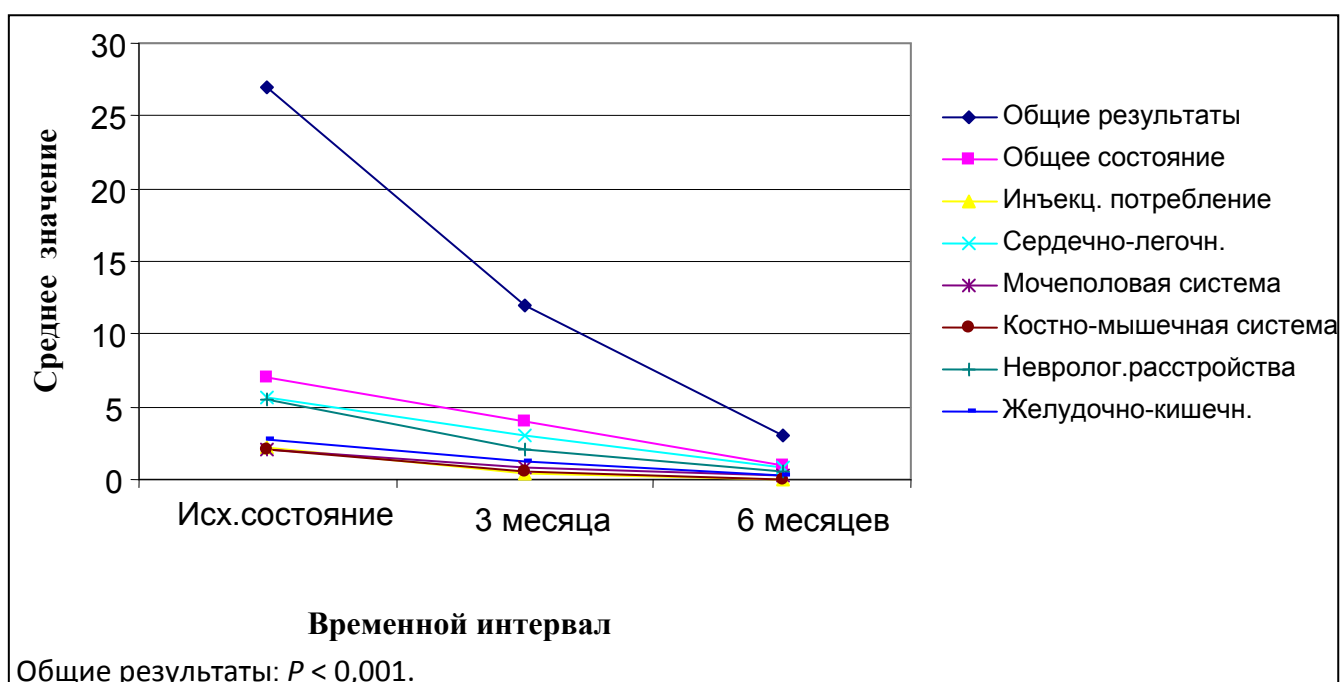


Состояние здоровья

Субъективное ощущение состояния собственного здоровья

У пациентов, проходивших опиоидную заместительную терапию, также значительно улучшилось субъективное ощущение состояния собственного здоровья, согласно оценке с помощью вопросника "Индекс лечения опиоидной зависимости" (ОЛ) (рис. 2). В целом после 3 месяцев лечения пациентами было отмечено значительно меньше расстройств здоровья и/или симптомов (в том числе снижение утомляемости и прибавление энергии, улучшение аппетита и увеличение массы тела), меньше проблем, связанных с инъекционным потреблением наркотиков, и меньше проблем во всех системах организма. Уменьшение расстройств здоровья продолжалось и после 6 месяцев лечения.

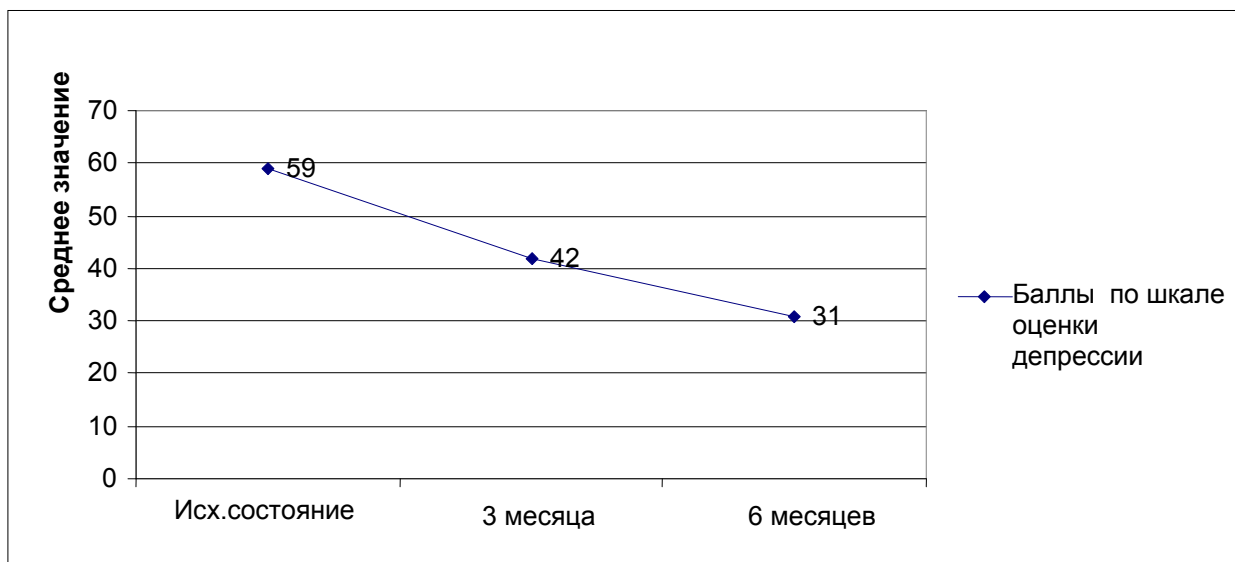
Рис. 2. Субъективное ощущение состояния собственного здоровья на основании вопросника "Индекс лечения опиоидной зависимости"



Уровень депрессии

Было отмечено статистически значимое снижение уровня депрессии, который оценивался с помощью шкалы Занга для самооценки депрессии: средний балл по этой шкале снизился с 59 ± 9 в исходном состоянии до 31 ± 6 после 6 месяцев (рис.3).

Рис. 3. Шкала Занга для самооценки депрессии

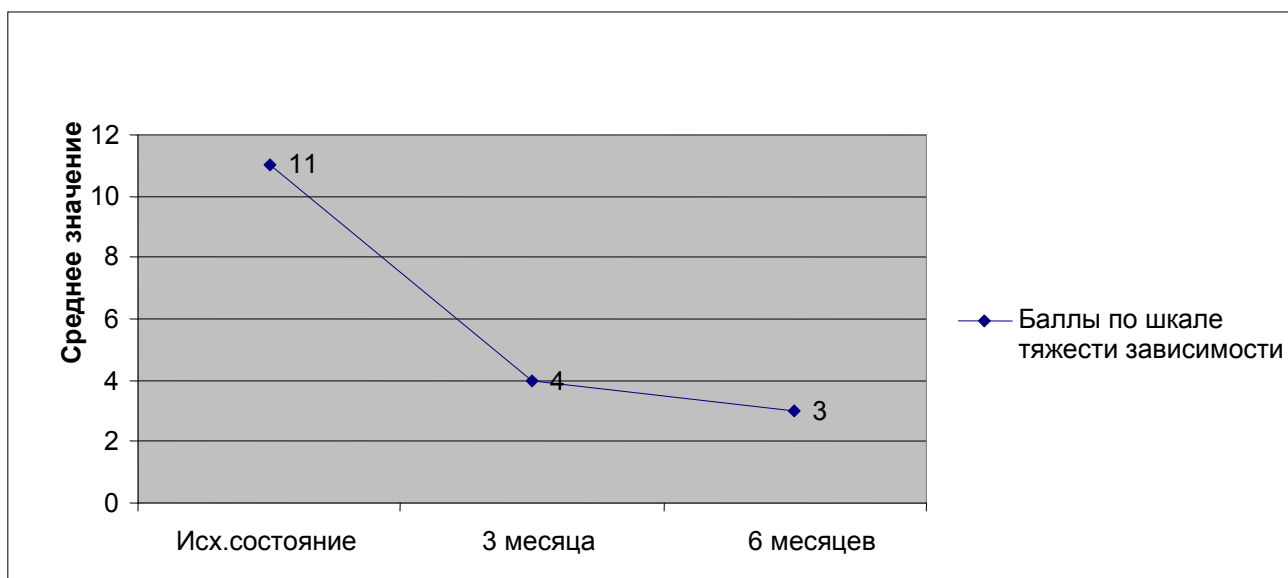


$P < 0,001$

Тяжесть зависимости

Шкала тяжести зависимости позволяет оценивать, в какой степени данный человек ощущает симптомы зависимости, включая потерю контроля над потреблением опиоидов, остроту проявлений синдрома отмены и тягу к опиоидам. Минимальный результат по этой шкале – 0, максимальный – 15. Как показала оценка по этой шкале, тяжесть зависимости также значительно снизилась (рис. 4).

Рис. 4. Шкала тяжести зависимости

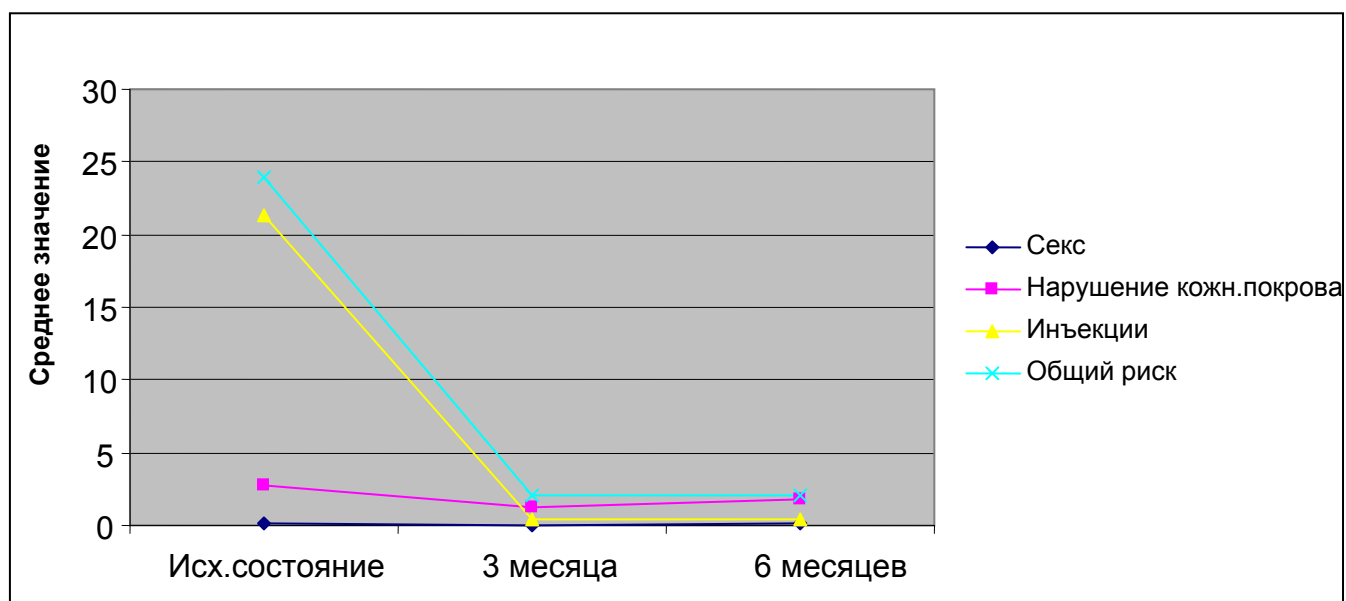


$P < 0,001$.

Поведение, связанное с риском передачи гемотрансмиссивных вирусов

Среди пациентов, проходивших опиоидное заместительное лечение в колонии, были очевидны значительные изменения в практике инъекционного потребления наркотиков. Изменение в рискованном поведении при инъекционном потреблении оценивалось с помощью вопросника BBV-TRAQ (максимальное число баллов 100), результаты оценки показаны на рис. 5. Однако процент ответивших на вопросы о рискованном сексуальном поведении (максимальное число баллов 40) был невысок. Также отмечено значительное снижение в рискованных формах поведения, связанных с нарушением целостности кожного покрова (максимальное число баллов 30). Кроме того, снизился общий балл оценки рискованного поведения (максимальное число баллов 170). Таким образом, наибольшая доля снижения форм поведения, связанных с риском передачи гемотрансмиссивных вирусов, может быть отнесена на счет снижения рискованного поведения при инъекционном потреблении наркотиков.

Рис. 5. Поведение, связанное с риском передачи гемотрансмиссивных вирусов



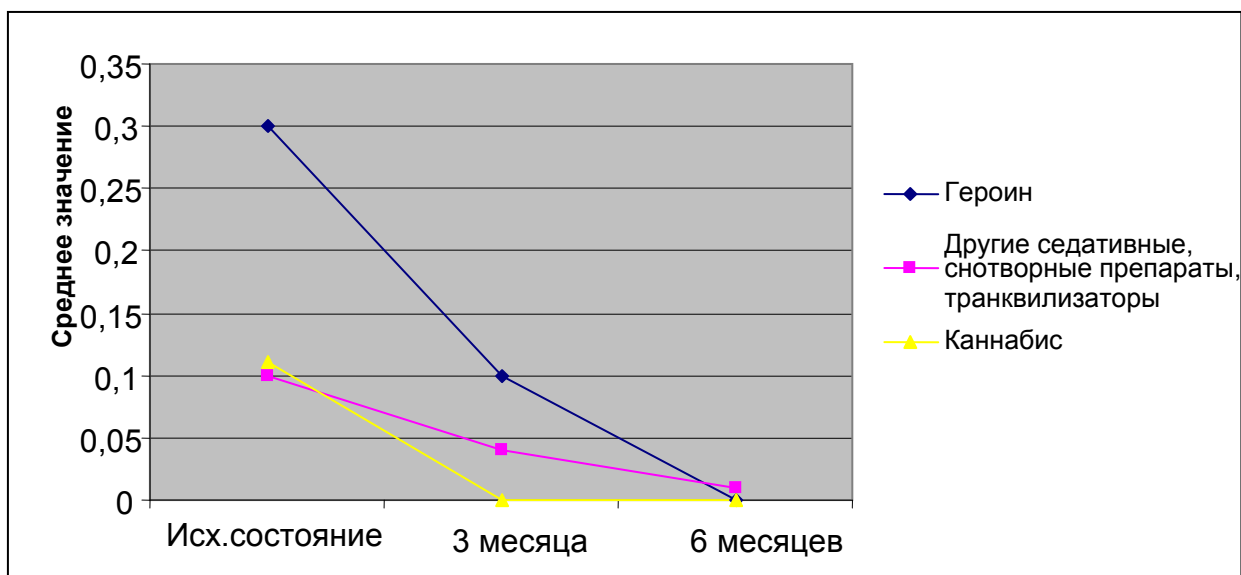
Рискованное сексуальное поведение: $P < 0,001$; нарушение кожного покрова: $P < 0,04$; инъекционное потребление наркотиков: $P < 0,001$.

Употребление психоактивных веществ

Выраженное снижение было отмечено (со слов пациентов) в потреблении героина, седативных препаратов и каннабиса после 3 и 6 месяцев проведения опиоидной заместительной терапии (рис. 6); однако имеющихся данных о потреблении других веществ для статистического анализа было недостаточно. Уровень потребления психоактивных веществ оценивался с помощью вопросника "Индекс лечения опиоидной зависимости" и путем расчета баллов по шкале Q – среднего количества, потребляемого

ежесуточно. Воздержание от потребления веществ соответствовало нулю баллов по шкале Q; потребление один раз в неделю или реже соответствовало числу баллов от 0,01 до 0,13 по шкале Q; потребление веществ чаще, чем раз в неделю, соответствовало числу баллов от 0,14 до 0,99; ежедневное потребление соответствовало числу баллов от 1,00 до 1,99; потребление чаще одного раза в день соответствовало числу баллов 2,00 и выше. Данные оценки исходов программы ОЗТ показывают, что до начала опиоидной заместительной терапии частота потребления героина в условиях колонии была низкой (несколько раз в неделю, Q = 0,3). Во время проведения опиоидной заместительной терапии она снизилась до уровня одного раза в неделю или реже. Также низкой была частота потребления других седативных препаратов (раз в неделю или реже, Q = 0,1), и она тоже снизилась. Потребление каннабиса во время проведения опиоидной заместительной терапии снизилось до нуля.

Рис. 6. Потребление психоактивных веществ

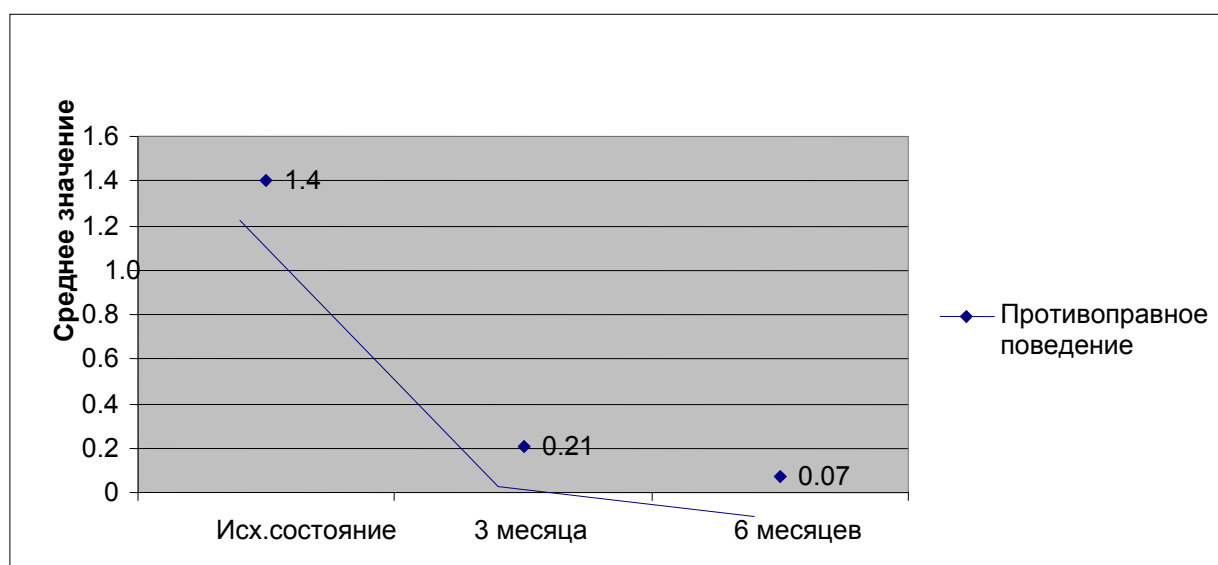


$P < 0,001$.

Противоправное поведение

Противоправное поведение (воровство, сбыт наркотиков и мошенничество) по-прежнему распространено в местах лишения свободы. Противоправное поведение оценивалось с помощью шкалы противоправного поведения в вопроснике "Индекс лечения опиоидной зависимости" на основании сообщения самих пациентов. Эта шкала представляет собой попытку оценить вовлеченность субъекта в противоправные действия за последнее время. Данные оценки исходов программы ОЗТ показали снижение уровня противоправного поведения (рис. 7).

Рис. 7. Противоправное поведение



$P < 0,001$.

Обсуждение

Цель данного исследования по оценке исходов предварительной программы опиоидной заместительной терапии состояла в том, чтобы посмотреть, эффективна ли эта программа в условиях пенитенциарной системы в Кыргызстане. Представленные в настоящем отчете результаты показывают, что проведение опиоидной заместительной терапии в колонии ассоциировалось с чрезвычайно значимыми положительными изменениями в таких ключевых аспектах охраны здоровья заключенных, получавших метадон, как качество жизни и рискованное поведение, связанное с инъекционным потреблением наркотиков.

В данном исследовании с целью оценки исходов программы было несколько недостатков. Например, использовалась схема обсервационного (когортного) исследования, но не было контрольной группы, не получавшей лечения, для сравнения. И все же, как показывают данные об исходном состоянии пациентов, статус потребителя героина, не получающего лечения в пенитенциарном учреждении, и положительные изменения в качестве жизни, состоянии здоровья или инъекционном потреблении наркотиков, по всей вероятности, положительно ассоциируют с опиоидной заместительной терапией.

Другой недостаток состоял в валидности сообщений самих заключенных колонии об употреблении ими наркотиков и о рискованном поведении: иными словами, невозможно проверить, насколько откровенно заключенные рассказывали об этом. Например, некоторые заключенные могли занижать частоту употребления наркотиков из опасения, что эта информация может каким-либо образом просочиться из конфиденциальных документов исследования и повлиять на их положение в колонии, в частности, на возможность досрочного освобождения. Хотя полностью исключить подобную ситуацию трудно, персонал колонии и интервьюеры в ходе исследования заверяли пациентов, что вопросу конфиденциальности уделяется большое внимание. Таким образом, данная систематическая погрешность была минимизирована самым эффективным образом, каким это можно было сделать.

Процент удержания пациентов в программе опиоидной заместительной терапии – обычно один из ключевых показателей в гражданском секторе здравоохранения – в контексте данного исследования, проводимого в пенитенциарном учреждении, был не применим. В условиях этого исследования, где опиоидная заместительная терапия доступна лишь в ограниченном числе исправительных учреждений, перевод пациента в другое учреждение означал конец опиоидной заместительной терапии для этого пациента и отнесение его к категории "выбывших". К этой же категории относили и заключенных, вышедших на свободу, поскольку контрольное наблюдение этих пациентов за пределами пенитенциарной системы не входило в задачи данного исследования.

Несмотря на указанные недостатки, результаты проведенного исследования с целью оценки исходов программы ОЗТ продемонстрировали, что у потребителей инъекционных наркотиков, получающих опиоидную заместительную терапию, проявилось выраженное снижение рискованного поведения при инъекционном потреблении. Если бы можно было расширить программы опиоидной заместительной терапии в местах лишения свободы, такое изменение в поведении дало бы очень хорошие шансы на успех профилактики ВИЧ. Устойчивое улучшение здоровья и качества жизни пациентов, получающих опиоидную заместительную терапию, также позволяет говорить о потенциальном снижении затрат, поскольку у потребителей инъекционных наркотиков, получающих опиоидную заместительную терапию, меньше вероятность того, что им потребуется медико-санитарная помощь (интенсивная) во время пребывания в пенитенциарном учреждении.

Рекомендации

Для расширения применения опиоидной заместительной терапии в местах лишения свободы и достижения ее максимального положительного эффекта для профилактики ВИЧ-инфекции в Кыргызстане рекомендуются следующие меры:

1. Расширенная программа опиоидной заместительной терапии должна пройти полную процедуру утверждения в законодательном порядке. В настоящее время предварительное исследование проводится на основании приказа министра. Из-за этого будущее такого лечения остается неопределенным.
2. Необходимо продолжать усилия по дальнейшему расширению доступа потребителей инъекционных наркотиков к опиоидной заместительной терапии в местах лишения свободы. Это повысит их шансы на то, что им удастся избежать инфицирования ВИЧ, гепатитом В и С, туберкулезом и инфекциями, передаваемыми половым путем. Рекомендуется распространить практику проведения опиоидной заместительной терапии на все места лишения свободы и центры содержания под стражей.
3. Во всех местах лишения свободы должен быть обеспечен постоянный доступ к комплексной медицинской помощи в медицинских пунктах, которая должна включать профилактику инфекционных болезней и помощь и психосоциальную поддержку при заболевании. В медицинских пунктах в местах лишения свободы также должен быть в наличии налоксон, чтобы не дать пациентам умереть от передозировки опиоидов.

4. В стране должен быть принят план ведения мониторинга и оценки исходов лечения, и этим мониторингом должны быть охвачены места лишения свободы. Мероприятия по проведению мониторинга и оценки эффективности должны быть неотъемлемым и постоянным элементом каждой программы опиоидной заместительной терапии, о чем говорится в клиническом протоколе для организаций медико-санитарной помощи в системе министерств здравоохранения и юстиции. Для проведения мониторинга необходимо разработать короткий вопросник для сбора данных (на основе готовых методик), чтобы можно было контролировать изменения в потреблении наркотиков, в состоянии здоровья, в социальной интеграции и рискованном поведении.
5. Опиоидная заместительная терапия в полицейских изоляторах временного содержания под стражей должна быть частью стандартного лечения, и арестованных, проходящих опиоидную заместительную терапию, не нужно содержать в специальных камерах. Опиоидная заместительная терапия – это стандартное лечение хронического заболевания.
6. Системы обмена игл успешно функционируют в исправительных учреждениях, однако в центрах временного содержания под стражей, включая полицейские изоляторы, доступа к этой услуге по-прежнему нет. По возможности следует внедрять такую услугу.
7. Обычно у заключенных, потребляющих наркотики, нет информации по вопросам снижения вреда, опиоидной заместительной терапии и заболеваний, связанных с потреблением наркотиков. Было бы чрезвычайно полезно, если бы министерство здравоохранения и пенитенциарная служба взяли на себя ответственность за предоставление такой информации – например, в виде брошюр и плакатов.
8. Необходимо создать систему обеспечения гарантированного наличия метадона, чтобы не допускать в будущем такой ситуации, которая возникла в 2009 г., когда метадон был доступен не для всех потребителей.
9. Для того, чтобы избежать неправильных представлений об опиоидной заместительной терапии на всех уровнях, необходимо разработать стратегию распространения информации среди государственных служащих, сотрудников правоохранительных органов и медицинских работников.
10. На всех уровнях следует продолжать практику привлечения неправительственных организаций к предоставлению социальной и правовой поддержки пациентам, получающим опиоидную заместительную терапию в местах лишения свободы.
11. Необходимо расширять применение в местах лишения свободы лечения антиретровирусными препаратами, поскольку ни один заключенный не должен ждать, пока возникнет возможность получить адекватное лечение ВИЧ/СПИДа.

Библиография

ВОЗ (2004с). *Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_Russian.pdf, по состоянию на 5 сентября 2011 г.).

ВОЗ (2009). *Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://www.harm-reduction.org/ru/images/stories/documents/links/ost_guidelines_ru.pdf, по состоянию на 5 сентября 2011 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (1998). *Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://whqlibdoc.who.int/euro/1998-99/EUR_ICP_LVNG_02_06_01rus.pdf, по состоянию на 5 сентября 2011 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2005). *Проблема наркомании в тюрьмах и меры по снижению вреда: доклад о положении дел*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/78550/E85877R.pdf, по состоянию на 5 сентября 2011 г.).

Комитет экспертов ВОЗ по отбору и использованию основных лекарственных средств. (2005). *Основные лекарственные средства. Примерный перечень ВОЗ. 14-е издание, март 2005 г.* Женева. Всемирная организация здравоохранения (http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_rus.pdf, по состоянию на 5 сентября 2011 г.).

Субата Э., Моллер Л., Карымбаева С. (2009). *Оценка опиоидной заместительной терапии в Кыргызской Республике*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.harm-reduction.net/files/library/NEWEST_OST%20report%20KGZ%20for%20Editing_corrected_RUS.pdf по состоянию на 5 сентября 2011 г.).

Darke S et al. (1992). Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index. *British Journal of Addiction*, 87(5): 733–742.

Farrell M et al. (2005). *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependencefinaldraft.pdf>, accessed 30 July 2011).

Fry C, Rumbold G, Lintzeris N (1998). *The Blood-Borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire (BBV-TRAQ): administration and procedures manual*. Melbourne, Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc.

Gossop M et al. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5):607–614.

Gowing L et al. (2011). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (Art. No.: CD004145. DOI: 10.1002/14651858.CD004145.pub4).

Kastelic A, Pont J, Stöver H (2008). *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*. Oldenburg, Bis-Verlag der Carl von Osietzky Universotät Oldenburg (http://www.unodc.org/documents/balticstates//Library/PrisonSettings/OST_in_Custodial_Settings.pdf, accessed 29 July 2011).

Lawrinson P et al. (2008). Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103(9):1484–1492.

Mattic RP et al. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, 3. (Art. No.: CD002209. DOI: 10.1002/14651858.CD002209.pub2).

McLellan AT et al. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284(13):1689–1695.

Møller L et al. (под редакцией), (2007). *Здоровье в исправительных учреждениях. Руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья в местах лишения свободы*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/111247/E90174R.pdf , по состоянию на 5 сентября 2011 г.).

Møller L et al. (2009). *Оценка пациентов опиоидной заместительной терапии в Кыргызской Республике*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98643/E92641R.pdf, accessed 28 March 2011).

Schaub M et al. (2009). Feasibility of buprenorphine maintenance therapy programs in the Ukraine: first promising treatment outcomes. *European Addiction Research*, 15(3):157–162

Subata E, Pkhakadze G (2006). *Evaluation of pilot methadone maintenance treatment in the Kyrgyz Republic*. Bishkek, United Nations Development Programme (erc.undp.org/evaluationadmin/downloaddocument.html?docid=1387, accessed 29 July 2011).

UNODC (2008). *Drug dependence treatment: interventions for drug users in prison*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf, accessed at 28 March 2011).

WHO (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2):153–159.

WHO (2004a). *The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in central and eastern Europe*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_MSD_MSB_04.1.pdf, accessed 29 July 2011).

WHO (2004b). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591242_eng.pdf, accessed 28 July 2011).

WHO Regional Office for the Western Pacific (2009). *Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings*. Geneva, World Health Organization (http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4181D354-B830-424F-8E0C-8AA235AA2771/0/ClinicalGuidelines_forweb.pdf, accessed 30 July 2011).

WHO, UNODC and UNAIDS (2009) Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva WHO

Wolfe S, Carrieri MP, Shepard D (2010) Treatment and care for injecting drug users with HIV injection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*, 376:355-366

Zung WW (1965). A self-rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12:63–70.