

Засновники і видавники:

Національна медична академія після-
дипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Київська міська клінічна психоневро-
логічна № 1 (Міський науковий інформацій-
но-методичний центр з організації психіатрич-
ної допомоги).

Журнал зареєстровано Державним
комітетом інформаційної політики, телебачення
і радіомовлення України.

Свідцтво про державну реєстрацію:
серія KB № 7877 від 10.09.03 р.

Атестований вищою атестаційною
комісією України (Постанова Президії ВАК
№ 1 – 05/5 від 1.07.2010 р.)

Мови видання:

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол
засідання № 3 від 13.03.2013 р.)

**Кафедра психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика**

Тел.: (044) 468-36-11

Факс: (044) 463-68-11

E-mail: vnkuznesov@i.ua

Адреса редакції:

вул. Фрунзе, 103-А, корпус 1,
04080 Київ, Україна

Кафедра психіатрії НМАПО

ім. П.Л. Шупика

Тел.: (044) 468-36-11

Міський науковий інформаційно-мето-
дичний центр з організації психіатрич-
ної допомоги.

Тел.: (044) 468-29-32.

Друк:

ТОВ «Паперовий Змій-ОПТ»

м. Київ, вул. І. Еренбурга, 3а

Тел./факс: (044) 459-48-67

www.bz-poligraphia.com.ua

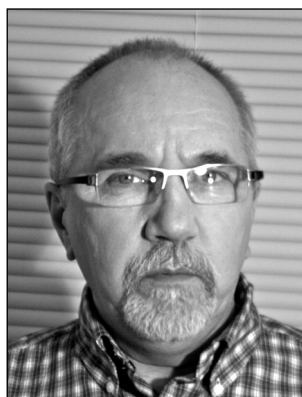
Підписано до друку 27.06.2013 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 1506.

© Психічне здоров'я, 2013

Вступне слово головного редактора	3
Розлади психіки та поведінки, психосоматика	
<i>Шурма І. М.</i> Диагностика синдрома професійного вигорання у керівних працівників системи охорони здоров'я	4
<i>Дорошенко Н. М.</i> Складові агресивної поведінки хворих з психічними розладами органічного генезу	8
<i>Лісова Є. В.</i> Фактори, що впливають на розвиток неврастенії у пацієнтів із різними морфоконституційними типами	12
<i>Шевченко Р. П.</i> Механізм локалізації патопсихологічного компонента в клініці невротических і психосоматических расстройств у воєннослужащих і співробітників озброєних сил України	17
<i>Аймедов К. В., Жогно Ю. П.</i> Синдром burn-out у медичних працівників інфекційних лікарень	22
<i>Вишніченко С. І.</i> Модель профілактичних заходів направлених на раннє виявлення психічної дезадаптації серед працівників органів внутрішніх справ	27
Психофармакотерапія	
<i>Кузнецова С. М., Скрипченко А. Г.</i> Влияние препарата Цефавора на эмоционально-мнестические функции мозга у больных с начальной стадией атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии ...	33
Аддиктивні розлади	
<i>Дворяк С. В.</i> Особенности лечения туберкулеза у больных опиоидной зависимостью	40
<i>Рябухін К. В.</i> Порушення статеворольової «я-концепції» у жінок, що страждають на алкоголізм	45
<i>Мельник В. І., Мельник А. В.</i> Примусові заходи медичного характеру щодо хворих з хронічними алкогольними психозами	49
Медична психологія та психотерапія	
<i>Піонтковська О. В.</i> Психологічні та психопатологічні прояви дистресу у батьків дітей з онкологічною патологією	55
<i>Спасібухов О. А.</i> Психотерапія хворих на виразкову хворобу ШКТ в умовах санаторно-курортного лікування	61
<i>Мартінова Ю. Ю.</i> Психоемоційний стан жінок, хворих на рак молочної залози, на доопераційному етапі лікування	66
<i>Лобойко Л. І.</i> Аналіз відносин в системі «мати – дитя» в залежності від виду вигодовування дитини	73
<i>Абдрахімова Ц. Б.</i> Механізми психологічного захисту у осіб з неспокійними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу	82
<i>Лобунець Г. Ю., Алієва Т. А., Шахова Л. М.</i> Особливості порушення психологічної адаптації у студентів-інвалідів з серцево-судинними захворюваннями та їх медико-психологічна корекція	85
<i>Панченко О. А., Гаража М. В., Панченко Л. В., Кутько І. І.</i> Психофизиологическая характеристика водителей пассажирского автотранспорта	91
Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація	
<i>Кузнецов В. Н., Петрюк П. Т.</i> Слово об академіке Александре Романовиче Лурии (К 110-летию со дня рождения)	97
<i>Петрюк П. Т., Петрюк А. П.</i> Рецензия на книгу «Психические заболевания, дискриминация и права: Борьба за социальную справедливость»	104
<i>Кутько І. І., Пересадин Н. А., Рачкаускас Г. С., Высочин Е. В.</i> Секреты креативного начала писателей-медиков А. П. Чехова и М. А. Булгакова и их взгляды на психическое здоровье	106
До уваги авторів (вимоги до написання статей)	114

Особенности лечения туберкулеза у больных опиоидной зависимостью



Дворяк С. В.

Дворяк С. В.

Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я, м. Київ

Резюме. В статті наведено результати якісного дослідження, метою якого було виявити, яким чином опіоїдна залежність впливає на прихильність до лікування туберкульозу. Було проведено три фокус-групи, в яких взяли участь хворі на наркотичну залежність з діагнозом туберкульоз, які отримували протитуберкульозне лікування на базі стаціонару фтизіатричного закладу, де є підтримувальна терапія агоністами опіоїдів (ПТАО), а також наркозалежні, які лікуються від туберкульозу в стаціонарі, де немає ПТАО. Встановлено, що застосування ПТАО підвищує прихильність до регулярного прийому антимікобактеріальних препаратів серед споживачів наркотиків з опіоїдною залежністю.

Ключові слова: опіоїдна залежність, туберкульоз, підтримувальна терапія агоністами опіоїдів, метадон, прихильність.

Specificity of tuberculosis treatment among patients with opioid dependence

Dvoryak S. V.

Resume. The paper presents the results of qualitative study aimed to find out how opioid dependence influences on adherence to tuberculosis treatment. Three focus-groups were conducted with drug dependent people diagnosed with tuberculosis, who were receiving the treatment in tuberculosis facilities where opioid maintenance treatment (OMT) existed, and in facilities where OMT did not exist. The resulted data states that OMT increases compliance with antimicrobacterial medications among opioid dependent people.

Key words: opioid dependence, tuberculosis, opioid maintenance treatment, methadone, adherence, compliance.

Вступление

Всё более актуальной проблемой наркологической практики в последние годы становятся коморбидные инфекционные заболевания у больных опиоидной зависимостью. Речь идет, в первую очередь, о ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах и туберкулезе.

Данные о заболеваемости туберкулезом среди лиц, страдающих расстройствами поведения и психики вследствие употребления наркотиков, довольно скудны. По мнению авторов статьи, опубликованной в Украинском пульмонологическом журнале, И.Фещенко, А.Виевского и др., примерно 8% всех умерших от туберкулеза составляют лица с наркологическими заболеваниями [1]. Эти данные вряд ли отражают истинное соотношение между алкоголизмом и наркозависимостью, с одной стороны, и туберкулезом — с другой, поскольку наркологические заболевания диагностируются во фтизиатрических учреждениях далеко не всегда. Причиной тому является, как нежелание пациентов раскрывать свой наркологический статус, так и существующее правило, в соответствии с которым такой диагноз имеет право устанавливать только врач-нарколог исключительно в условиях стационара [2].

Уже более 7 лет, начиная с 2005 г., Всеукраинская благотворительная организация

«Украинский институт исследований политики общественного здоровья» ведет систематический сбор данных о пациентах, получающих заместительную поддерживающую терапию (ЗПТ), или — правильнее — поддерживающую терапию агонистами опиатов (ПТАО). Последний термин рекомендуется ВОЗ, чтобы освободить наименование данного лечебного процесса от нежелательных коннотаций: благодаря слову «заместительная» многими этот вид терапии ошибочно трактуется, как замена одного наркотика другим [3]. С самого начала информация о пациентах ПТАО включала сведения о коморбидности ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов В и С. Нужно только иметь в виду, что диагностика этих заболеваний никогда не была всеохватывающей. Нельзя сказать, что 100% пациентов ПТАО тестировались на ВИЧ или — тем более — на вирусные гепатиты. Фиксировались случаи выявленной заболеваемости. В то же время легочный туберкулез выявлялся более или менее аккуратно, поскольку прохождение флюорографии является обязательным условием приема в терапевтическую программу. Показатель распространенности туберкулеза среди пациентов в эти годы колебался в пределах 15,0%–20,0%. Состоянием на 01.01.2013 г., туберкулез в различных формах диагностирован у 1309 (18,0%) пациентов

ПТАО (рис. 1, 2). В этой группе только 12,3% составляют больные с активной формой туберкулеза, которые получают противотуберкулезное лечение на базе стационара фтизиатрических учреждений, остальные — это пациенты, у которых прекратилось бацилловыделение, и они могли находиться вне стационара [4].

Средний стаж потребления опиоидов среди пациентов ПТАО составляет 14 лет, а средний возраст — 35 лет [4]. Учитывая размер выборки (N= 7399), есть основания считать, что для такой категории больных опиоидной зависимостью данный показатель может быть использован в качестве ориентира. Но, если мы экстраполируем его на всю субпопуляцию лиц, потребляющих наркотики инъекционно (ЛПНИ), и используем в расчетах наиболее надежный показатель их численности в

Украине — 290 000 [5], то получим примерно 50 000 больных туберкулезом в этой группе. В то же время, согласно официальной статистике в Украине в 2009 г. на диспансерном учете по поводу туберкулеза находилось всего 84 990 лиц. Получается, что только ЛПНИ среди больных туберкулезом 58,8% (по данным фтизиатрической службы доля больных с наркологической патологией считается равной 8%). Вряд ли такой показатель соответствует действительности. Очевидно, методом простой экстраполяции получать подобные данные нельзя, поскольку на ПТАО находятся наиболее сложные, в клиническом отношении, пациенты и, скорее всего, в их группе коморбидность выше по сравнению с остальными ЛПНИ. В то же время, имеется достаточно оснований предполагать, что официальной статистикой не

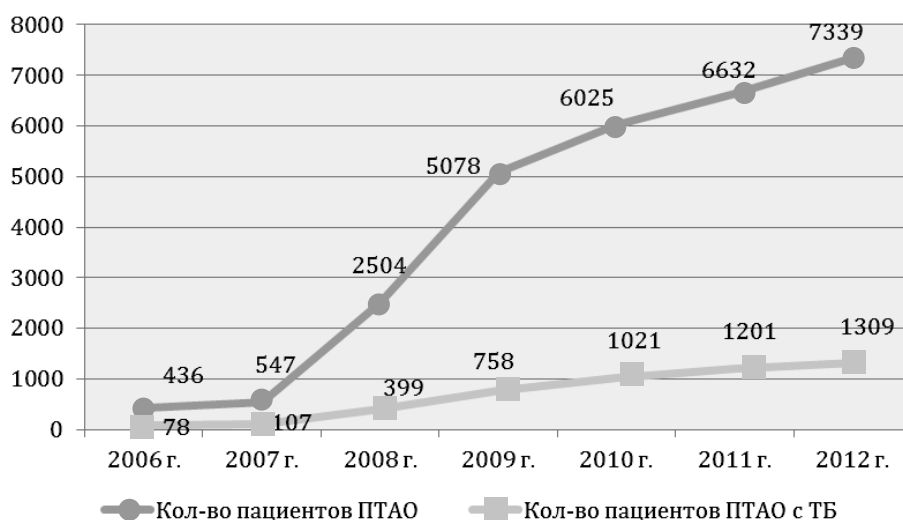


Рис. 1.

Общее количество пациентов ПТАО и количество пациентов с диагнозом ТБ (2006-2012 гг.)

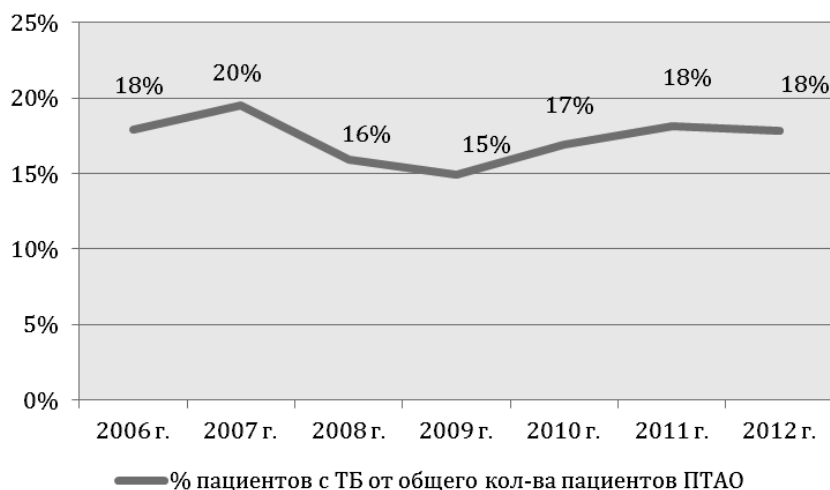


Рис. 2.

Доля пациентов ЗПТ с диагнозом ТБ (%) среди тех, кто получал ПТАО (2006-2012 гг.)

охвачены многие больные туберкулезом, находящиеся в так называемых «скрытых» группах. Они своевременно не диагностированы из-за своего образа жизни, отказа участвовать в диспансеризации, недостаточной доступности диагностических процедур и т.п.

Отдельной и не менее важной проблемой является тройная патология: опиоидная зависимость + ТБ + ВИЧ-инфекция. Эти больные представляют наибольшую сложность с точки зрения ведения клинического случая и наибольшую угрозу с точки зрения возможного исхода. По некоторым данным смертность при такой комбинации патологических факторов достигает 80-85% [6]. К сожалению, нам не удалось найти в отечественной литературе исследований, посвященных данному вопросу.

С 2005 г. в Украине ведется работа по внедрению поддерживающей терапии агонистами опиоидов, в том числе и для больных активным туберкулезом. Предусмотрено открытие сайтов ПТАО в 15 противотуберкулезных учреждениях. Из них на 01.01.2013 только в 11 были пациенты. Общая численность наркозависимых в них — 189. В разных учреждениях одновременно находится от 40 (Николаевский ОПТД) до 2-х (Донецкая областная противотуберкулезная больница) больных. Очевидно, что эти показатели подвержены колебаниям и зависят от поступления больных с данной патологией. В то же время не может не удивлять столь значительный разброс в количестве пациентов ПТАО. В 4-х фтизиатрических стационарах ПТАО на момент проведения исследования не осуществлялось.

Во многих противотуберкулезных учреждениях условия для проведения ПТАО до настоящего времени не созданы. Одним из аргументов против внедрения ПТАО является отсутствие доказательств того, что таким образом можно повлиять на приверженность к терапии туберкулеза.

В соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, разработанными при участии ВОЗ, каждый врач, осуществляющий терапию для больных туберкулезом, обязан заботиться не только о правильном назначении антимикобактериальных медикаментов (АМБМ), но и стремиться максимально обеспечить приверженность к лечению. Без этого очень трудно достичь клинического выздоровления и избежать формирования устойчивости к назначаемым препаратам [7].

Совершенно очевидно, что лица, страдающие зависимостью от опиоидов, представляют особую группу. Для этих пациентов необходимость добыть наркотики, чтобы устранить абстинентный синдром, является

первоочередным субъективно переживаемым мотивом. Для них это важнее, нежели своевременно принять назначенные АМБМ. Изменить эту последовательность мотивов можно лишь обеспечив пациентам доступ к ПТАО. В противном случае, они вынуждены значительную часть своего времени тратить, как на добычу денег, так и на поиск наркотика. Только удовлетворив эту потребность, больной зависимостью становится доступным для проведения противотуберкулезного лечения.

Во многих странах применяется сочетанное лечение туберкулеза и опиоидной зависимости. Больные, получающие одновременно антимикобактериальные препараты и метадон, демонстрируют более удовлетворительные результаты противотуберкулезного лечения. Еще в 1993 г. в исследовании, проведенном R. Elk и J. Grabowski с соавторами, было показано, что применение метадона достоверно способствует улучшению приверженности и повышает качество лечения туберкулеза в группе опиоид-зависимых пациентов [8]. Кроме того, было отмечено, что зависимость от опиоидов отрицательно сказывается на приверженности, но не было выявлено корреляции между показателями приверженности и лечением опиоидной зависимости. Т.е. те больные, которые получали лечение метадоном, не отличались от других пациентов, не страдающих наркотической зависимостью [9].

Объект, цель и методы исследования

Целью нашего качественного исследования было выяснение, каким образом наркозависимость влияет на приверженность к лечению туберкулеза. Для ее достижения было проведено три фокус-группы, в которых участвовали больные наркозависимостью с коморбидным туберкулезом. 1-я группа была составлена из пациентов, ранее находившихся на лечении по поводу туберкулеза во фтизиатрических стационарах; 2-я — из больных, получавших лечение в стационаре, где есть ПТАО; 3-я — из наркозависимых, лечившихся от туберкулеза в стационаре, где нет ПТАО.

Фокус-группы проводились по стандартной процедуре с соблюдением принципов конфиденциальности. Все высказывания пациентов записывались на диктофон, после чего был осуществлен транскрипт записей. Текст подвергался контент-анализу по методике Strauss & Corbin [10].

Всем участникам объясняли смысл термина «приверженность». После знакомства и определения правил проведения фокус-группы ведущий давал следующее определение: «Приверженность к лечению или соблюдение

режима лечения определяется, как прием противотуберкулезных препаратов пациентом в соответствии с рекомендациями фтизиатрической службы».

Во всех 3-х группах были заданы однотипные вопросы, которые приводятся ниже.

Насколько, по-вашему, выражена приверженность к лечению туберкулеза у ЛПНИ?

Что, по-вашему, является барьером в формировании приверженности, и с какими трудностями сталкиваются ЛПНИ при лечении туберкулеза в стационаре?

Насколько часто вы принимали препараты для лечения ТБ в присутствии медицинских работников? Если можно выразите в процентах.

Какие факторы, по вашему мнению, влияют на приверженность к лечению туберкулеза у ЛПНИ?

Как, по вашему мнению, может повлиять на приверженность поддерживающая терапия метадон или бупренорфином?

Результаты и обсуждение

Вследствие осуществления контент-анализа материалов фокус-групп были выделены наиболее часто встречающиеся ответы, которые приводятся далее.

1-я группа (пациенты, проходившие лечение в противотуберкулезных стационарах ранее, но не более чем 2 года тому назад).

«Приверженность к лечению туберкулеза у ЛПНИ разная, так как зависит от самого пациента, от его желания вылечить это опасное заболевание».

«Я считаю, что плохие бытовые условия — это один из барьеров к приверженности, но не самый главный. Один из главных факторов низкой приверженности к лечению у наркозависимого — это желание найти во чтобы то ни стало дозу наркотика каждый день. Независимо от того, ты заразный для людей или незаразный, ты убегаешь с утра из больницы, чтобы найти где-то деньги и купить очередную дозу. Я, конечно, уходил на поиски после того, как принял таблетки, но было раз 5, что я пропускал прием таблеток, потому что желание уколоться брало верх».

«Долго лечиться в больнице очень надоедает, тем более, когда плохие условия и нет абсолютно никакой наркологической помощи (даже детокс не могут сделать). За наркотиками убегаю регулярно».

«Хочу сказать, что самый главный барьер — отсутствие программы ЗПТ в туб. больницах. Мы сейчас получаем ЗПТ в 5-й больнице и счастливы, мы людьми себя почувствовали. Я несколько раз был в тюрьме.

Самый длительный мой период на воле, до программы ЗПТ, был 7 месяцев. Сейчас я 2 года 8 месяцев на воле. Мне не надо воровать, я лечу своевременно все свои заболевания. Вот, что важно».

«Если наркоман нормально не лечится, то потому, что ищет наркотики».

«Считаю, что нужно внедрить ЗПТ во всех противотуберкулезных диспансерах, так как в основном здесь лечатся наркозависимые».

«То как ты принимаешь препараты (под наблюдением или без) зависит от смены медработников, т.е. кто сегодня работает на раздаче препаратов и т.д. В процентах не могу выразить. Очень часто было, что просто выдавали, а пил я уже сам...было, что и не пил».

«На приверженность влияют: желание пациента вылечиться и нормальная наркологическая помощь в туб. диспансере, лучше всего, если бы была ЗПТ, а также наличие в диспансере консультанта-психолога, который доступно объяснил все о приверженности к лечению, о последствиях невыполнения медицинских назначений и процедур».

Комментарий интервьюера: Все пациенты затруднялись в процентах выразить прием препаратов под наблюдением, так как было достаточно много случаев, когда принимали не в присутствии медработников. Препараты получали, расписывались, но, например, ссылаясь на головную боль, выпивали таблетки в палате или не выпивали совсем.

Вывод, сделанный участниками фокус группы в конце дискуссии:

1. Необходимо внедрить ЗПТ во всех противотуберкулезных диспансерах, так как в основном здесь лечатся наркозависимые.
2. Выдавать противотуберкулезные препараты вместе с ЗПТ под контролем медицинских работников.
3. Ввести в штат консультанта по приверженности, который был бы еще и связующим звеном между врачом и пациентом.

2-я группа (больные, лечившиеся в диспансере, где есть ПТАО).

«Считаем, что приверженность у ЛПНИ не выражена, не сформирована,

можно сказать, что ее вообще нет, потому, что они заняты другими мыслями и действиями. Где взять деньги на наркотик? Где его купить? Как не попасть в милицию?»

«Сначала ищем деньги, потом ищем наркотик — на это теряется значительное время. Можно сказать, что уходит практически все время, что приводит к нарушению режима приема, т.е. нет времени соблюдать все назначения. Нарушается режим приема, что приводит к выписке за нарушение режима».

«Проблема в том, что необходимо снять абстиненцию. Это стоит на первом месте. А для принятия противотуберкулезных препаратов — времени нет. Если медсестра оставила таблетки — примет, не оставила — не примет, опоздал — не дадут».

«Здесь все время контролируют — выпил ты таблетки или нет. На все 100%. Как участники ЗПТ, мы постоянно принимаем препараты ТБ в присутствии медперсонала. В зависимости от режима больницы, мы вначале принимаем препараты ЗТ или ТБ — таким образом, режим приема ТБ не нарушается. Это очень удобно. Не думаешь, где достать наркотик. Мы едем и знаем, что есть все лекарства. Голова не болит — приехали и знаем, что все лекарства есть. Получили препараты и спокойно едем домой. Слава Богу, что такое есть и экономически выгодно».

«Такая терапия — метадонная — реально помогает наркозависимым людям в лечении туберкулеза и формировании приверженности. Выпил противотуберкулезные лекарства — получи метадон. Это работает».

3-я группа (пациенты фтизиатрического стационара, где нет ПТАО).

«ЛПНИ понимают, что это опасное заболевание, но регулярного приема препаратов не придерживаются в силу разных причин, в основном из-за желания найти дозу и уколоться. Поэтому, в основном, приверженность низкая».

«Мне кажется, что одним из факторов низкой приверженности к лечению у наркозависимого — это желание найти во чтобы то ни стало дозу наркотика каждый день».

«Отношение медицинского персонала к наркоманам в общем нормальное, с

пониманием. Правда, иногда сложно поговорить с лечащим врачом. В диспансере не оказывается никакой наркологической помощи. Мне кажется, было б хорошо, если бы был отдельный человек, который бы проводил разъяснительную работу о последствиях невыполнения врачебных назначений».

«Я уже говорил об этом, что если бы метадон выдавали вместе с противотуберкулезными препаратами, я бы чувствовал себя лучше. Знаю, что много ребят нуждаются в метадоне, но отсутствие ЗПТ мешает им полноценно проходить лечение от туберкулеза».

«Когда я узнал о том, что у меня туберкулез я решил оставить наркотики, но желание возникает постоянно, и, если бы в тубдиспансере выдавали метадон, я бы не отказался стать на программу, для того чтоб чувствовать себя полноценным человеком».

Выводы

Данное исследование подтверждает гипотезу: применение поддерживающей терапии агонистами опиоидов повышает приверженность больных опиоидной зависимостью к регулярному приему антимикобактериальных препаратов. Кроме того, как видно из высказываний пациентов, для улучшения данного показателя необходимо проведение специального консультирования по вопросам приверженности к лечению. Очевидно, эта работа должна выполняться не только лечащим врачом, но также и специально подготовленным консультантом из числа социальных работников или представителей неправительственных организаций (НПО), работающих в сотрудничестве с фтизиатрическими учреждениями.

Литература:

1. Фещенко, І.Ю., et al., Проблеми інтеграції програм для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД, туберкульоз та наркотичну залежність. Український пульмонологічний журнал, 2011. 1: р. 5-13.
2. Про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини., in 306 / 680 / 21 / 66 / 5, М.в.с.У. Міністерство охорони здоров'я України, Генеральна прокуратура України, Міністерство юстиції України., Editor 1997: Київ.
3. Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, 2010, World Health Organizations: Geneva. p. 121.
4. Montly report on OST patients data, 2012, Ukrainian Center of Prevention and Fighting of AIDS at MoH. Украинский центр профилактики и борьбы со СПИДом МЗ Украины.: www.ukraids.gov.ua.
5. Балакірева, О.М., et al., Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2001 року), 2012, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»: Київ. р. 120.
6. Podlekareva, D.N., et al., Mortality from HIV and TB coinfections is higher in eastern Europe than in western Europe and Argentina. AIDS, 2009. 23: p. 2485-95.
7. Assistance, T.C.f.T., International Standards for Tuberculosis Care (ISTC), 2006, Tuberculosis Coalition for Technical Assistance: The Hague.
8. Elk, R., et al., Compliance with tuberculosis treatment in methadone-maintained patients: behavioral interventions. J Subst Abuse Treat, 1993. 10(4): p. 371-82.
9. Pablos-Mendez, A., et al., Nonadherence in tuberculosis treatment: predictors and consequences in New York City. Am J Med, 1997. 102(2): p. 164-70.
10. Strauss, A. and C. J.M., Grounded Theory in Practice. 1997, Thousands Oaks, California: SAGE Publications, Inc.