

В. И. Пикиреня, А. В. Копытов

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАДОНОМ И ЕЕ СВЯЗЬ С СОЦИАЛЬНО- ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ПАЦИЕНТОВ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Обследованы 92 пациента заместительной терапии метадонном, которые были разделены на группы: выбывшие в течение 1 года (8,7 %), оставшиеся на лечении (91,3 %), выбывшие до 2 лет (19,6 %), продолжившие лечение (80,4 %). Между группами не было выявлено значимых отличий по полу, возрасту, возрастом при включении в ЗТМ, ВИЧ-статусом, гепатит С статусом, семейным положением, количеством детей, наследственной отягощенности, курении, стажем употребления наркотиков и другими характеристиками, входящими в ЕвропАСИ. В общей группе выявлены высокая частота приема психотропных препаратов для самолечения (74,7 %), высокий уровень депрессивных (89 %) и тревожных (80,2 %) симптомов, а также высокая частота встречаемости агрессивного поведения (78 %) и суицидальных проявлений: суицидальные мысли (59,3 %) и суицидальные попытки (36,3 %), о жестоком обращении в детстве сообщили 68,9 %. С уровнем удержания значимо связаны недавний опыт применения психотропных препаратов без назначения врача ($\chi^2 = 13,271$; ст. св. = 3, $p = 0,004$), наличие суицидальных мыслей ($\chi^2 = 14,350$; ст. св. = 3, $p = 0,002$), тревожная симптоматика ($\chi^2 = 8,96$; ст. св. = 3, $p = 0,03$), позитивное отношение к труду ($\chi^2 = 6,01$; ст. св. = 2, $p = 0,05$), наличие опыта задержаний и заключений под стражу ($\chi^2 = 4,298$; ст. св. = 1, $p = 0,038$), компании без употребления ПАВ ($\chi^2 = 5,606$; ст. св. = 1, $p = 0,018$), психозы, связанные с употреблением ПАВ ($\chi^2 = 10,89$; ст. св. = 2, $p = 0,004$).

Ключевые слова: заместительная терапия метадонном, опиоидная зависимость, эффективность, героин.

U. I. Pikirenia, A. V. Kopytau

ADHERENCE TO METHADONE MAINTENANCE TREATMENT AND ITS RELATIONSHIP TO THE SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS

92 patients with methadone substitution therapy who were divided in different groups: withdrawn during the year (8.7 %), those who remained on treatment (91.3 %); and withdrawn in 2 years (19.6 %), continued treatment for 2 years (80.4 %). There were no significant differences between the groups in sex, age, age at starting MMT, HIV status, hepatitis C status, marital status, number of children, hereditary complications, smoking, drug use and other characteristics included in EuroPASI. In the general group, a high incidence of psychotropic drugs for self-treatment (74.7 %), a high level of depressive (89 %) and anxious (80.2 %) symptoms, high incidence of aggressive behavior (78 %) and suicidal manifestations: suicidal thoughts (59.3 %) and suicidal attempts (36.3 %), 68.9 % reported about child abuse. There were significant differences between groups in the recent experience of using psychotropic drugs without prescribing a doctor ($\chi^2 = 13,271$, $df = 3$, $p = 0,004$), the presence of suicidal thoughts ($\chi^2 = 14,350$, $df = 3$, $p = 0,002$), anxious symptoms ($\chi^2 = 8.96$, $df = 3$, $p = 0,03$), positive attitude to labor ($\chi^2 = 6,01$; $df = 2$, $p = 0,05$), experience of detainees ($\chi^2 = 4,298$, $df = 1$, $p = 0,038$), companies without the use of psychoactive substances ($\chi^2 = 5,606$, $df = 1$, $p = 0,018$), psychoses associated with the use of psychoactive substances ($\chi^2 = 10,89$, $df = 2$, $p = 0,004$).

Key words: methadone maintenance treatment, drug abuse, opioid dependence, methadone, effectiveness of MMT, heroin addiction, treatment of addiction, methadone retention.

Большое количество публикаций подтверждает, что применение заместительной терапии метадонном связано с повышением приверженности пациентов лечению, снижением употребления ими уличных опиоидов, снижением тяги к употреблению психоактивных веществ, а также улучшением их социального

функционирования [1, 2]. Хорошо задокументировано и снижение частоты употребления других наркотиков среди пациентов заместительной терапии метадонном (ЗТМ) [3, 4]. Кроме того, значительная часть исследований показывает взаимосвязь между длительностью удержания пациентов в программе заместительной те-

рапии и различными другими положительными жизненными изменениями, напрямую не связанными с употреблением опиоидов [3, 5]. Существенным явлением, которое может указывать на необходимость максимального удержания в программах ЗТМ, является не только снижение смертности у пациентов ЗТМ по сравнению с потребителями уличных наркотиков, но и рост смертности в случаях исключения или раннего отказа от ЗТМ [6, 7]. Таким образом, удержание потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в программах заместительной терапии является одним из лучших критериев эффективности ее работы и требует выявления пациентов с повышенным риском ухода от лечения и более интенсивной взаимодействия с ними. Изучение факторов, оказывающих влияние на удержание в программе, может способствовать лучшим результатам лечения и социальной адаптации наркопотребителей.

Актуальность нашего исследования, кроме приведенных данных, обусловлена и тем, что в Беларуси в последнее время наблюдается снижение количества пациентов опиоидной заместительной терапии, что может приводить к снижению эффективности лечения.

Цель. Оценить социально-демографические показатели пациентов ЗТМ и определить их связь с эффективностью программ заместительной терапии для оптимизации профилактических и лечебных мероприятий.

Задачи. Дать общую характеристику группе пациентов, включенных в программу ЗТМ; выявить их клинико-психологические особенности; определить факторы, связанные с выходом или удержанием в ЗТМ.

Обследовано 92 человека, давших информированное согласие на участие в исследовании. Все пациенты на момент исследования находились в программе ЗТМ в УЗ «Городской клинический наркологический диспансер» г. Минска. Диагноз синдрома зависимости от опиоидов у них был диагностирован лечащими врачами верифицирован ВКК при включении в ЗТМ в соответствии с критериями МКБ-10. В процессе набора данных поставлена задача о наборе сплошной выборки. На момент проведения исследования, количество пациентов, включенных в программу ЗТМ, составляло 104 человека, однако 12 человек отказались от участия в исследовании. Оценка проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, производилась с помощью Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001) [8], являющейся адаптированной формой Европейского индекса тяжести аддикции (EuroASI). Реабилитационный потенциал оценивался с применением «Шкалы оценки уровня реабилитационного потенциала больных употребляющих ПАВ» (Дудко Т. Н. и др., 2006) [9].

По своему дизайну исследование было продольным с выделением параллельных групп путем отслеживания катамнеза (удержания в программе ЗТМ) в течении 2 лет. Пациенты были разделены на следующие группы: 1а – удержались один год (91,3 %), 1б – выбыли из программы в первый год (8,7 %); 2а – удержались 2 года (80,4 %). 2б – выбыли из программы

до 2 лет (19,6 %). Средний возраст исследуемых составил 34,01 года ($SD = 4,96$). Распределение по полу: 71,7 % – мужского пола и 28,3 % – женского. Средний стаж употребления инъекционных наркотиков 13,8 лет ($SD = 4,8$), ВИЧ-положительными (ВИЧ+) были 32,6 % обследуемых, с гепатитом С (С+) – 95,7 %. Незаконченное среднее образование было у 4,7 % пациентов, среднее – у 46,5 %, средне-специальное – у 23,3 %, незаконченное высшее – у 7 %, высшее – у 18,6 %. Среднее количество судимостей у всех исследованных составило 2,92 ($SD = 1,91$).

В исследовании анализировались социально-демографические характеристики пациентов, факторы индивидуального и семейного анамнеза, особенности протекания основного заболевания, реабилитационный потенциал и его составляющие. Качественные характеристики проверялись на наличие значимых отличий в соответствии с критерием χ^2 Пирсона, а если в ячейках таблиц явление было менее, чем в 5 случаях, то применялся точный критерий Фишера. Качественные данные сравнивались с использованием критерия Манна-Уитни для независимых выборок. Как для количественных, так и для качественных данных отличия считались значимыми, когда нулевая гипотеза о равности выборок отвергалась с уровнем значимости $p < 0,05$ при 95 % доверительном интервале. По некоторым анализируемым факторам, у части пациентов данные отсутствовали по причине того, что пациенты не давали этих данных или они не могли их воспроизвести по различным причинам.

Группу пациентов, проходивших лечение с помощью программы ЗТМ, можно описать как людей, имеющих большой груз сопутствующих хронических заболеваний и потенциально неблагоприятных социальных факторов. Среди обследованных нами пациентов ВИЧ+ были 30 человек (32,6 %), гепатит С у 88 человек (95,7 %). У 45,6 % имела местоотягощенная наследственность по синдрому зависимости от ПАВ (алкоголь или наркотики). Основная часть пациентов не имела специального образования, что дополнительно создавало трудности в социализации, при этом 52,7 % пациентов были вовлечены в трудовую деятельность, что приблизительно соответствует показателям других стран с работающей программой ЗТМ, где трудовая занятость составляет от 42 % [10] до 51 % [11]. Среди пациентов, проходящих ЗТМ, высока доля имевших судимости. Среднее количество судимостей 2,92 ($SD = 1,91$), при этом 54,9 % имеют 3 и более судимости, а 96,7 % пациентов сообщают о наличии у них в прошлом проблем с МВД. Большинство обследованных пациентов пришли на лечение в возрасте 32,25 лет ($SD = 4,757$), уже имея стаж употребления инъекционных наркотиков, в среднем 13,8 лет ($SD = 4,8$). Среди всех обследованных из других психоактивных веществ наиболее часто употребляют никотин 96,7 %.

У пациентов, проходивших ЗТМ, выявлено частое употребление психотропных препаратов без назначения врача (74,7 %), в связи с наличием высокого уровня депрессивных (89 %) и тревожных (80,2 %) симптомов, а также высокой частотой встречаемости агрессив-

ного поведения (78 %) и суицидальных проявлений (суицидальные мысли у 59,3 % и суицидальные попытки у 36,3 %. Полученные нами данные о большой частоте коморбидных расстройств среди лиц с синдромом зависимости от психоактивных веществ в целом сопоставимы с результатами других исследований [12–15], как и среди пациентов, проходивших ЗТМ [16–18]. У 37,8 % обследованных пациентов имела место склонность к антисоциальному поведению в детстве. Наиболее часто употребляемым алкогольным напитком в семьях пациентов является водка (48,9 %), сами же пациенты предпочитают пиво (25 %) и водку (22,7 %).

Как известно, неблагополучная ситуация в семье, грубое обращение и насилие в детском возрасте повышают вероятность развития психических расстройств [12], в том числе, зависимостей от ПАВ [19, 20]. Полученные нами результаты подтверждают эти данные, так, 24,4 % пациентов отнесли свои детско-родительские отношения с родителями к категории «постоянно конфликтных», о жестоком обращении со стороны родителей в детстве положительно ответили 68,9 %, а 43,3 % пациентов считают брак родителей неблагополучным.

Несмотря на влияние значительного количества неблагоприятных факторов у обследованных нами пациентов, прошедших ЗТМ, оказалось, что уровень удержания пациентов в программе (91,3 % в первый год и 80,4 % в течение двух лет) значительно превышает показатели аналогичных исследований в других странах. Так, в крупном популяционном анализе, включившем в себя данные из 52 исследований, где отслеживалось удержанием пациентов на различных программах ЗТМ при опиоидной со средним сроком катмнеза до 32 недель (от 2 до 192 недель), уровень удержания в программах ЗТМ колебался от 25 % до 87 % и в среднем составил 63 % [21]. Мы предполагаем, что это может быть связано с особенностями отбора пациентов для участия в программе. Отбор в программы ЗТМ в Республике Беларусь отличается от других стран высоким уровнем барьера включения в программы и предполагает значительные усилия со стороны пациента, когда ему нужно собрать значительное количество документов, дожидаться проведения врачебно-консультационной комиссии по включению в программу и быть готовым госпитализироваться в стационар для подбора терапевтической дозы. В результате чего, этот барьер может стать непреодолимым для пациентов с наиболее тяжело протекающей зависимостью, сопровождающейся выраженными коморбидными состояниями.

Анализ качественных и количественных характеристик и их связи с результатами применения ЗТМ в течение года и двух лет не показал значимой связи между полом, возрастом при принятии в программу, «ВИЧ и гепатит С статусом», образованием, семейным положением и количеством детей в семье потребителей. Не выявлено значимых отличий в материальном положении семьи и результатами предыдущих попыток лечения. Также не было выявлено значимых связей между удержанием и наследственной отягощен-

ностью, курением, судорожным синдромом в анамнезе, временем максимальной ремиссии, наличием и количеством предыдущих попыток к лечению, возрастом начала употребления, стажем употребления, стажем инъекционного употребления, опытом лечения расстройств психики и нервной системы, декларированными самими пациентами психическими девиациями и девиациями поведения (в соответствии с градацией Б-ИТА) и другими характеристиками, входящими в структурированное интервью Б-ИТА.

Для лучшей оценки реабилитационных и терапевтических возможностей пациентов нами была выбрана Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала пациентов (УРП), разработанная в ННЦ наркологии Дудко Т.Н. и др. в 2006 году [9]. Шкала состоит из четырех блоков в виде конкретных вопросов. Ответ на каждый вопрос подвержен квантификации (количественное выражение качественных признаков), что позволяет все особенности преморбиды, физического, психического и социального развития больного и клинические признаки заболевания оценивать в баллах +5, +4, +3, +2, +1, 0, -1, -2, -3. В результате четыре блока опросника получают суммарную цифровую оценку уровня реабилитационного потенциала каждого больного (высокий, средний, низкий).

Из таблицы 1 видно, что общий уровень реабилитационного потенциала, как интегральный показатель клинических, физиологических, психологических и социальных характеристик человека значимо коррелирует с удержанием пациентов в программе, при этом, удержание как в течение одного года, так и в течение двух лет существенно не связаны с социальным статусом. Однако, если одногодичное удержание в программе ассоциировано с клиническими особенностями заболевания, то при двухгодичном удержании в программе ЗТМ клинические особенности теряют свою актуальность и приобретают значимость личностные особенности, которые появились за время злоупотребления. В то же время, ни одногодичное, ни двухгодичное удержание не было связано с личностным преморбидом.

Анализ качественных показателей, приведенных в таблицах 2 и 3, показывает, что большей вероятности исключения из программы в первый год лечения способствуют несколько известных факторов, представленных и в работах других исследователей [11, 22, 23]. Нами были установлены некоторые факторы, влияющие на вероятность выхода из программы ЗТМ, о которых ранее не упоминалось в подобных исследованиях.

К фактору, который был выявлен в нашей работе, относится недавний опыт применения пациентами психотропных препаратов без назначения врача ($\chi^2 = 13,3$; ст.св. = 3, $p = 0,004$), $V = 0,38$ (средняя сила взаимосвязи). Вероятно, это свидетельствует о том, что ЗТМ не покрывала всех имеющихся проблемных потребностей у таких пациентов, и, возможно, у них были некомпенсированные сопутствующие психические расстройства. В то же время, не найдены значимые отличия в вероятности исключения из программы ЗТМ и опыта применения психотропных препаратов без на-

Таблица 1. Сравнение уровней реабилитационных потенциалов пациентов ЗТМ

Параметры сравнения	Группа пациентов	Количество пациентов	Среднее	Стандартное отклонение	UMанна-Уитни	Значение p
Участие в программе заместительной терапии метадонотом в течение первого года						
Преморбид	Удержались	72	47,75	11,43	205,00	0,417
	Не удержались	7	43,57	12,25		
Клинические особенности	Удержались	72	10,07	9,71	118,50	0,021*
	Не удержались	7	2,00	4,00		
Социальный статус и социальные последствия	Удержались	72	12,67	8,99	125,50	0,029*
	Не удержались	7	5,29	7,50		
Личностные изменения	Удержались	72	0,18	6,33	167,50	0,143
	Не удержались	7	-4,29	3,73		
Общий уровень реабилитационного потенциала	Удержались	72	70,67	26,18	113,00	0,016*
	Не удержались	7	46,57	16,67		
Участие в программе заместительной терапии метадонотом в течение двух лет						
Преморбид	Удержались	64	47,88	11,75	408,00	0,368
	Не удержались	15	45,27	10,36		
Клинические особенности	Удержались	64	9,78	8,97	364,00	0,148
	Не удержались	15	7,53	12,19		
Социальный статус и социальные последствия	Удержались	64	13,47	9,01	231,50	0,002*
	Не удержались	15	5,80	6,49		
Личностные изменения	Удержались	64	0,73	6,21	269,50	0,008*
	Не удержались	15	-4,27	4,80		
Общий уровень реабилитационного потенциала	Удержались	64	47,88	11,75	282,50	0,014*
	Не удержались	15	45,27	10,36		

* Значимые связи.

Таблица 2. Сравнение социо-демографических характеристик пациентов ЗТМ в зависимости от удержания в программе в течение 1 года

Категория сравнения ¹	Группы пациентов	№	Среднее ¹	Станд. отклонения	χ^2 или U	Ст. свободы	p
Пол	удержался	84	1,27	0,449	0,369	1	0,713
	не удержался	8	1,38	0,518			
Семейное положение	удержался	83	1,53	0,721	5,086	3	0,166
	не удержался	8	1,63	1,061			
Количество детей	удержался	84	0,42	0,625	456,00	-	0,520
	не удержался	8	0,75	0,463			
Сколько лет колотся	удержался	84	13,80	4,741	376,50	-	0,573
	не удержался	8	13,88	5,793			
Количество судимостей	удержался	84	2,81	1,885	420,50	-	0,056
	не удержался	7	4,29	1,799			
ВИЧ-статус	удержался	84	0,32	0,470	0,095	1	0,713
	не удержался	8	0,38	0,518			
Гепатит С-статус	удержался	84	0,95	0,214	0,398	1	1,000
	не удержался	8	1,00	0,000			
Возраст первого принятия в программу	удержался	84	32,24	4,779	369,00	-	0,647
	не удержался	8	32,38	4,838			
Наследственная отягощенность	удержался	82	0,45	0,501	0,070	1	1,000
	не удержался	8	0,50	0,535			
Образование	удержался	39	2,95	1,255	2,109	4	0,716
	не удержался	4	2,25	0,500			
Возраст начала употребления	удержался	44	20,98	7,783	169,50	-	0,270
	не удержался	6	25,00	9,252			
Возраст начала систематического употребления	удержался	40	22,20	6,922	149,50	-	0,073
	не удержался	5	27,80	7,430			

Продолжение табл. 2

Категория сравнения ¹	Группы пациентов	№	Среднее ¹	Станд. отклонения	χ^2 или U	Ст. свободы	p
Стаж употребления	удержался	42	11,95	7,170	69,50	-	0,228
	не удержался	5	8,00	8,000			
Курение	удержался	83	0,98	0,154	2,330	1	0,244
	не удержался	8	0,88	0,354			
Алкогольный или наркотический психоз в анамнезе	удержался	83	0,06	0,239	10,890	2	0,004*
	не удержался	8	0,25	0,707			
Судороги в анамнезе (связанные с употреблением)	удержался	83	0,10	0,484	0,403	2	0,817
	не удержался	8	0,00	0,000			
Максимальная ремиссия	удержался	83	0,29	0,725	1,764	3	0,623
	не удержался	8	0,25	0,707			
Опыт лечения расстройств нервной системы или психики	удержался	83	0,14	0,354	2,814	1	0,122
	не удержался	8	0,38	0,518			
Психические девиации	удержался	83	0,34	0,769	0,734	3	0,865
	не удержался	8	0,13	0,354			
Особенности поведения	удержался	83	0,54	0,860	1,224	2	0,542
	не удержался	8	0,25	0,707			
Опыт применения лекарств для НС без назначения	удержался	83	0,77	0,526	12,271	3	0,004*
	не удержался	8	1,38	1,061			
Депрессивные симптомы	удержался	83	1,70	1,123	3,988	3	0,263
	не удержался	8	2,50	0,926			
Тревожные симптомы	удержался	83	1,73	1,240	6,283	3	0,099
	не удержался	8	2,50	1,069			
Галлюцинации (без связи с ПАВ)	удержался	83	0,22	0,564	0,778	2	0,678
	не удержался	8	0,25	0,463			
Приступы агрессии, ярости	удержался	83	0,77	0,423	0,459	1	0,680
	не удержался	8	0,88	0,354			
Суицидальные мысли	удержался	83	0,84	0,981	14,350	3	0,002*
	не удержался	8	1,38	0,916			
Попытки суицида	удержался	83	0,40	0,624	1,106	2	0,575
	не удержался	8	0,50	0,535			
Семейный статус	удержался	83	1,82	0,767	2,953	3	0,399
	не удержался	8	1,50	0,756			
Кем воспитывался	удержался	83	1,47	0,846	4,678	4	0,322
	не удержался	8	2,00	0,926			
Материальное положение семьи	удержался	83	2,17	0,678	0,736	2	0,692
	не удержался	8	2,13	0,835			
Жестокое обращение в детстве	удержался	82	1,05	0,800	1,460	3	0,692
	не удержался	8	1,38	1,061			
Опыт физического наказания в детстве	удержался	82	0,90	0,855	1,345	2	0,510
	не удержался	8	1,13	0,991			
Наличие в прошлом проблем с МВД	удержался	83	0,96	0,188	0,299	1	1,000
	не удержался	8	1,00	0,000			
Опыт задержания или заключения	удержался	83	0,96	0,188	0,299	1	1,000
	не удержался	8	1,00	0,000			
Опыт нахождения под следствием или надзором	удержался	83	0,98	0,348	0,731	3	0,866
	не удержался	8	1,00	0,000			
Судимости	удержался	83	2,16	1,018	4,144	3	0,246
	не удержался	8	2,88	0,354			
Трудовой статус	удержался	83	1,43	0,522	0,991	1	0,609
	не удержался	8	1,63	0,518			
Отношение к труду	удержался	83	1,72	0,611	6,010	2	0,050*
	не удержался	8	2,00	0,000			

Окончание табл. 2

Категория сравнения ¹	Группы пациентов	№	Среднее ¹	Станд. отклонения	χ^2 или U	Ст. свободы	p
Наличие профессии	удержался	83	1,39	0,695	3,892	2	0,143
	не удержался	8	1,88	0,991			
Сексуальная жизнь	удержался	83	1,28	0,704	3,476	2	0,176
	не удержался	8	1,63	0,744			
Частота употребления алкоголя в семье	удержался	80	2,25	0,987	1,656	3	0,647
	не удержался	8	2,50	0,756			
Напитки, обычно употребляемые в семье	удержался	80	1,88	1,140	2,167	4	0,705
	не удержался	8	1,88	1,246			
Предпочитаемый алкогольный напиток	удержался	80	2,44	1,668	4,993	5	0,417

¹ Значения для ковариант: пол (1 – мужчины, 2 – женщины); ВИЧ-статус (0 – «отрицательный», 1 – «положительный»); гепатит С-статус (0 – «отрицательный», 1 – «положительный»); наследственная отягощенность (0 – нет, 1 – есть); образование (–1 – начальное; 1 – незаконченное среднее, 2 – среднее, 3 – средне-специальное, 4 – незаконченное высшее, 5 – высшее); курение (0 – нет, 1 – да); алкогольный или наркотический психоз (0 – не было, 1 – ранее, 2 – был в последние 30 дней, 3 – был и ранее и в последние 30 дней); судорожный синдром, связанный с употреблением ПАВ (0 – не было, 1 – ранее, 2 – был в последние 30 дней, 3 – был и ранее и в последние 30 дней); максимальная ремиссия (0 – свыше 6 месяцев, 1 – 3-6 месяцев, 2 – 1-3 месяца, 3 – менее 1 месяца); опыт лечения расстройств нервной системы или психики (0 – нет, 1 – да, давно, 2 – да); психические девиации (0 – отсутствуют; 1 – акцентуации, 2 – невротическая личность, 3 – расстройство зрелой личности); особенности поведения (0 – норма, 1 – девиантное, 2 – делинквентное); опыт применения лекарств для НС без назначения врача (0 – нет, 1 – ранее, 2 – последние 30 дней, 3 – ранее и последние 30 дней); депрессивные симптомы в анамнезе (0 – нет, 1 – ранее, 2 – последние 30 дней, 3 – ранее и последние 30 дней); тревожные симптомы в анамнезе (0 – нет, 1 – ранее, 2 – последние 30 дней, 3 – ранее и последние 30 дней); галлюцинации без связи с ПАВ (0 – нет, 1 – ранее, 2 – последние 30 дней, 3 – ранее и последние 30 дней); приступы агрессии и ярости (0 – нет, 1 – да); суицидальные мысли (0 – нет, 1 – да); попытки суицида (0 – нет, 1 – да); семейный статус (1 – холост/разведен/вдовец(а), 2 – без регистрации, 3 – офиц. брак); кем воспитывался (0 – без родителей, 1 – оба родителя, 2 – один родитель, 3 – мачеха/отчим, 4 – бабушка/дедушка); материальное положение семьи (1 – плохое, 2 – среднее, 3 – хорошее); опыт физического наказания в детстве (0 – нет, 1 – часто, 2 – редко); наличие в прошлом проблем с МВД (0 – нет, 1 – да); опыт задержания или заключения под стражу (0 – нет, 1 – да); опыт нахождения под следствием или надзором (0 – нет, 1 – да); судимости (0 – нет, 1 – однократно, 2 – два раза, 3 – три и более раз); отношение к труду (1 – позитивное, 2 – неустойчивое, 3 – негативное); наличие профессии (1 – есть, 2 – частично, 3 – не имеет); сексуальная жизнь (0 – отсутствует, 1 – регулярно, 2 – редко); частота употребления алкоголя в семье (0 – чаще раза в неделю, 1 – раз в неделю, 2 – раз в месяц, 3 – раз в несколько месяцев); наиболее частый алкогольный напиток в семье (1 – водка, 2 – крепленое вино, 3 – сухое вино, 4 – пиво); предпочитаемый алкогольный напиток (1 – пиво, 2 – вино, 3 – шампанское, 4 – водка/коньяк, 5 – джин-тоник).

Таблица 3. Сравнение социо-демографических характеристик пациентов ЗТМ в зависимости от удержания в программе в течение 2 лет

Категория сравнения ¹	Группы пациентов	№	Среднее	Станд. отклонения	χ^2 или U	Ст. свободы	p
Пол	удержался	74	1,27	0,447	0,284	1	0,574
	не удержался	18	1,33	0,485			
Семейное положение	удержался	73	1,52	0,729	1,574	3	0,665
	не удержался	18	1,61	0,850			
Количество детей	удержался	74	0,42	0,641	782,000	–	0,182
	не удержался	18	0,56	0,511			
Стаж инъекционного употребления	удержался	74	13,57	4,336	743,500	–	0,444
	не удержался	18	14,78	6,449			
Количество судимостей	удержался	74	2,66	1,860	915,500	–	0,003*
	не удержался	17	4,06	1,749			
ВИЧ-статус	удержался	74	0,34	0,476	0,238	1	0,782
	не удержался	18	0,28	0,461			
Гепатит С-статус	удержался	74	0,95	0,228	1,017	1	0,582
	не удержался	18	1,00	0,000			
Возраст первого принятия в программу	удержался	74	31,95	4,511	787,500	–	0,231
	не удержался	18	33,50	5,628			
Наследственная отягощенность	удержался	72	0,49	0,503	1,355	1	0,297
	не удержался	18	0,33	0,485			

Продолжение табл. 3

Категория сравнения ¹	Группы пациентов	№	Среднее	Станд. отклонения	χ^2 или U	Ст. свободы	p
Образование	удержался	34	3,0882	1,26414	4,932	4	0,294
	не удержался	9	2,1111	0,60093			
Возраст начала употребления	удержался	39	20,90	7,883	265,000	-	0,235
	не удержался	11	23,45	8,371			
Возраст начала систематического употребления	удержался	36	22,17	6,851	211,000	-	0,172
	не удержался	9	25,44	7,970			
Стаж употребления	удержался	37	11,76	7,331	164,000	-	0,6
	не удержался	10	10,70	7,379			
Курение	удержался	73	0,97	0,164	0,359	1	0,488
	не удержался	18	0,94	0,236			
Алкогольный или наркотический психоз в анамнезе	удержался	73	0,07	0,254	5,291	2	0,071
	не удержался	18	0,11	0,471			
Судороги, связанные с употреблением ПАВ	удержался	73	0,11	0,515	1,032	2	0,597
	не удержался	18	0,00	0,000			
Максимальная ремиссия	удержался	73	0,32	0,762	0,951	3	0,813
	не удержался	18	0,17	0,514			
Опыт лечения расстройств нервной системы или психики	удержался	73	0,15	0,360	0,537	1	0,486
	не удержался	18	0,22	0,428			
Психические девиации	удержался	73	0,38	0,810	3,084	3	0,379
	не удержался	18	0,06	0,236			
Особенности поведения	удержался	73	0,55	0,867	0,526	2	0,769
	не удержался	18	0,39	0,778			
Опыт применения лекарств для НС без назначения врача	удержался	73	0,79	0,526	4,73	3	0,193
	не удержался	18	0,94	0,873			
Депрессивные симптомы в анамнезе	удержался	73	1,66	1,096	5,873	3	0,118
	не удержался	18	2,22	1,166			
Тревожные симптомы в анамнезе	удержался	73	1,67	1,248	8,96	3	0,030*
	не удержался	18	2,33	1,085			
Галлюцинации, без связи с ПАВ	удержался	73	0,23	0,590	0,519	2	0,771
	не удержался	18	0,17	0,383			
Приступы агрессии и ярости	удержался	73	0,78	0,417	0,001	1	0,978
	не удержался	18	0,78	0,428			
Суицидальные мысли	удержался	73	0,82	0,962	5,291	3	0,152
	не удержался	18	1,17	1,043			
Попытки суицида	удержался	73	0,41	0,642	0,671	2	0,715
	не удержался	18	0,39	0,502			
Семейный статус	удержался	73	1,79	0,799	1,89	3	0,596
	не удержался	18	1,78	0,647			
Кем воспитывался	удержался	73	1,47	0,883	5,128	4	0,274
	не удержался	18	1,72	0,752			
Материальное положение семьи	удержался	73	2,19	0,700	1,281	2	0,527
	не удержался	18	2,06	0,639			
Жестокое обращение в детстве	удержался	72	1,03	0,769	2,304	3	0,512
	не удержался	18	1,28	1,018			
Опыт физического наказания в детстве	удержался	72	0,92	0,852	0,965	2	0,617
	не удержался	18	0,94	0,938			
Наличие в прошлом проблем с МВД	удержался	73	0,97	0,164	0,359	1	0,488
	не удержался	18	0,94	0,236			
Опыт задержания или заключения	удержался	73	0,99	0,117	4,298	1	0,099
	не удержался	18	0,89	0,323			
Опыт нахождения под следствием или надзором	удержался	73	0,96	0,260	4,331	3	0,228
	не удержался	18	1,06	0,539			

Категория сравнения ¹	Группы пациентов	№	Среднее	Станд. отклонения	χ^2 или U	Ст. свободы	p
Судимости	удержался	73	2,14	1,004	5,092	3	0,165
	не удержался	18	2,56	0,922			
Трудовой статус	удержался	73	1,40	0,520	3,896	2	0,143
	не удержался	18	1,67	0,485			
Отношение к труду	удержался	73	1,73	0,629	5,711	2	0,058
	не удержался	18	1,83	0,383			
Наличие профессии	удержался	73	1,36	0,674	3,74	2	0,154
	не удержался	18	1,72	0,895			
Сексуальная жизнь	удержался	73	1,27	0,731	1,39	2	0,497
	не удержался	18	1,44	0,616			
Частота употребления алкоголя в семье	удержался	70	2,23	1,010	2,633	3	0,452
	не удержался	18	2,44	0,784			
Напитки, обычно употребляемые в семье	удержался	70	1,89	1,161	2,81	4	0,590
	не удержался	18	1,83	1,098			
Предпочитаемый алкогольный напиток	удержался	70	2,53	1,726	8,189	5	0,146
	не удержался	18	2,33	1,372			

¹ Значения для ковариант: см. примечание к таблице 2.

значения врача при анализе удержания в программе в течение 2 лет.

Наличие суицидальных мыслей также оказалось значимо связано с вероятностью исключения из программы в течение первого года лечения ($\chi^2 = 14,4$; ст. св. = 3, $p = 0,002$), $V = 0,397$ (средняя сила взаимосвязи), в то время как аналогичный фактор не являлся статистически значимым для двухгодичного удержания в программе ЗТМ. Суицидальные мысли как косвенное отражение депрессивных симптомов могут снижать приверженность не только к заместительной терапии, но и к лечению от других расстройств.

Наличие тревожной симптоматики было статистически значимо связано с вероятностью исключения из программы в течение 2 лет лечения ($\chi^2 = 8,96$; ст. св. = 3, $p = 0,03$), $V = 0,314$ (средняя сила взаимосвязи).

Позитивное отношение к труду было статистически значимо связано с удержанием в программе в течение первого года ($\chi^2 = 6,01$; ст. св. = 2, $p = 0,05$), $V = 0,257$ (средняя сила взаимосвязи), при этом в нашем исследовании ни наличие профессии, ни фактическая вовлеченность в трудовые процессы не оказывали влияния на вероятность удержания в программе ЗТМ.

Наличие в анамнезе задержаний или заключений под стражу было статистически значимо связано с удержанием в программе ЗТМ в течение 2 лет ($\chi^2 = 4,298$; ст. св. = 1, $p = 0,038$), $V = 0,217$ (средняя сила взаимосвязи), при этом направление связи было прямым. В то же время не было найдено значимой связи количества судимостей и удержания в программе.

Наличие людей, с которыми пациент может проводить свободное время без употребления ПАВ, было значимо связано с удержанием в программе в течение 2 лет лечения ($\chi^2 = 5,606$; ст. св. = 1, $p = 0,018$), $V = 0,25$ (средняя сила взаимосвязи). Это подтверждается статистическими данными при анализе соответствующих показателей из раздела «Уровни реабилитационного потенциала» и удержания в программе ЗТМ.

Несмотря на то, что в общей группе пациентов, прошедших ЗТМ, частота алкогольных психозов была невысокой (6,6 %), найдена значимая связь между удержанием в течение 1 года и психозами в анамнезе ($\chi^2 = 10,89$; ст. св. = 2, $p = 0,004$). Сила связи, рассчитанная по «V Крамера», равна 0,346, что соответствует средней силе взаимосвязи. Не найдены значимые связи между удержанием в течение 2 лет и психозами в анамнезе.

Выводы

1. Пациенты, проходящие программу заместительной терапии метадонном, имеют большое количество сопутствующих расстройств и находятся в тяжелой социальной ситуации, что позволяет относить их к группе «сложных пациентов» в плане лечения и реабилитации.

2. В Республике Беларусь уровень удержания пациентов в программе заместительной терапии метадонном превышает уровень удержания в других странах, где реализуется ЗТМ.

3. Более высокие уровни реабилитационного потенциала пациентов, прошедших ЗТМ, значимо связаны с лучшим удержанием их в программе ЗТМ.

4. На удержание пациентов в программе ЗТМ негативно влияют такие факторы, как самолечение нарушений психики и нервной системы, тревожная и депрессивная симптоматика, количество судимостей, социальное окружение и психозы, связанные с употреблением ПАВ и в лучшую сторону – позитивное отношение к труду.

Литература

1. Ball, J. C. The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment / J. C. Ball, A. Ross. – New York, NY: Springer New York, 1991. – 283 p.

2. Huong, A. Quality of life assessment of opioid substance abusers on methadone maintenance therapy (MMT) in University Malaya Medical Centre / A. Huong // ASEAN J. – 2009. – Vol. 10, № June. – P. 1–11.

3. *Marsch, L. A.* The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis / L. A. Marsch // *Addiction*. – 1998. – Vol. 93, № January 1997. – P. 515–532.

4. *An overview of cochrane systematic reviews of pharmacological and psychosocial treatment of opioid dependence / L. Amato [et al.].* – Geneva, 2005. – 57 p.

5. *Hartel, D. M.* Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City / D. M. Hartel, E. E. Schoenbaum // *Public Health Rep.* – 1998. – Vol. 113, Suppl. – P. 107–115.

6. *Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death / J. R. Caplehorn [et al.]* // *Addiction*. – 1994. – Vol. 89, № 2. – P. 203–9.

7. *Exposure to opioid maintenance treatment reduces long-term mortality / A. Gibson [et al.]* // *Addiction*. – 2008. – Vol. 103, № 3. – P. 462–8.

8. *Форма Белорусского Индекса Тяжести Зависимости [Electronic resource].* – Mode of access: <https://www.mentalhealth.by/nasha-deyatelnost/nashi-razrabotki/forma-belorusskogo-indeksa-tyazhesti-zavisimosti>. – Date of access: 27.07.2018.

9. *Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров. Методические рекомендации / Т. Н. Дудко [и др.].* – М., 2006. – 47 p.

10. *Impact of co-occurring psychiatric disorders on retention in a methadone maintenance program: An 18-month follow-up study / M. Astals [et al.]* // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. – 2009. – Vol. 6, № 11. – P. 2822–2832.

11. *Relationships between perceived social support and retention among patients in methadone maintenance treatment in mainland China / K. Zhou [et al.]* // *Psychol. Health Med.* – 2017. – Vol. 22, № 4. – P. 493–500.

12. *Iskandar, S.* Psychiatric comorbidity in injecting drug users in Asia and Africa / S. Iskandar, R. Kamal, C. A. De Jong // *Curr. Opin. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 25, № 3. – P. 213–8.

13. *Impact of addiction severity and psychiatric comorbidity on the quality of life of alcohol-, drug- and dual-dependent persons in residential treatment / K. Colpaert [et al.]* // *Eur. Addict. Res.* – 2013. – Vol. 19, № 4. – P. 173–83.

14. *Patterns of prescription opioid abuse and comorbidity in an aging treatment population / T. J. Cicero [et al.]* // *J. Subst. Abuse Treat.* – 2012. – Vol. 42, № 1. – P. 87–94.

15. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study / D. A. Regier [et al.]* // *JAMA*. – 1990. – Vol. 264, № 19. – P. 2511–8.

16. *Managing psychiatric comorbidity within versus outside of methadone treatment settings: a randomized and controlled evaluation / R. K. Brooner [et al.]* // *Addiction*. – 2013. – Vol. 108, № 11. – P. 1942–51.

17. *Psychiatric comorbidity differences between women with history of childhood sexual abuse who are methadone-maintained former opiate addicts and non-addicts / E. Peles [et al.]* // *Psychiatry Res.* – 2014. – Vol. 219, № 1. – P. 191–7.

18. *Teoh Bing Fei, J.* Psychiatric comorbidity among patients on methadone maintenance therapy and its influence on quality of life / J. Teoh Bing Fei, A. Yee, M. H. Bin Habil // *Am. J. Addict.* – 2016. – Vol. 25, № 1. – P. 49–55.

19. *Hawkins, J. D.* Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention / J. D. Hawkins, R. F. Catalano, J. Y. Miller // *Psychol. Bull.* – 1992. – Vol. 112, № 1. – P. 64–105.

20. *Intravenous drug abuse in young men: risk factors assessed in a longitudinal perspective / M. Stenbacka [et al.]* // *Scand. J. Soc. Med.* – 1992. – Vol. 20, № 2. – P. 94–101.

21. *An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research / L. Amato [et al.]* // *J. Subst. Abuse Treat.* – 2005. – Vol. 28, № 4. – P. 321–9.

22. *Pre-treatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcome / A. J. Saxon [et al.]* // *Addiction*. – 1996. – Vol. 91, № 8. – P. 1197–209.

23. *Long-term methadone maintenance effectiveness: psychosocial and pharmacological variables / G. Gerra [et al.]* // *J. Subst. Abuse Treat.* – 2003. – Vol. 25, № 1. – P. 1–8.