

Оцінка ефективності програм замісної підтримувальної терапії бупренорфіном в Україні

С. В. Дворяк, В. В. Штенгелов

*Український інститут досліджень політики
щодо громадського здоров'я*

Стрімке зростання в Україні захворюваності на ВІЛ/СНІД, у значній мірі пов'язаної з вживанням наркотиків, зробило вкрай актуальним впровадження замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) агоністами опіоїдів — найбільш ефективного з сучасних методів лікування опіоїдної залежності, за даними наукової літератури [1–4]. Програми ЗПТ в країні почали запроваджуватися з 2004 року.

Організація дослідження. Дослідження з моніторингу і оцінки програм ЗПТ мало на меті вивчення в Україні можливості впровадження і ефективності замісної підтримувальної терапії бупренорфіном опіоїдної залежності. Вибірка дослідження у кількості 151 пацієнта у шести містах України була сформована у період з листопада 2006 року по лютий 2007 року у шести пілотних проектах з використанням бупренорфіну на базі:

- Київської міської клінічної наркологічної лікарні «Соціотерапія»;
- Донецького обласного наркологічного диспансеру;

- Одеського обласного наркологічного диспансеру;
- Кримського республіканського наркологічного диспансеру (Сімферополь);
- Дніпропетровського міського наркологічного диспансеру (поліклініка № 5);
- Миколаївського обласного наркологічного диспансеру.

Учасники дослідження були обстежені при включенні до програми, а потім через 6 і 12 місяців після початку лікування — вивчалися зміни стану їхнього здоров'я та соціального статусу (на основі Індексу тяжкості залежності), ризикована поведінка щодо передачі ВІЛ (на основі опитувальника BBV-TRAQ). Ставлення персоналу оцінювалося за допомогою інструменту самооцінки (SASQ). Окрім цього проводилися фокус групи з пацієнтами і з персоналом.

Формування вибірки відбувалося з дотриманням Протоколу дослідження, що підтверджено даними регулярних моніторингових візитів. Всі учасники дослідження підписували інформовану згоду щодо надання всієї необхідної інформації для використання її для цілей оцін-

ки та наступного гарантування доступності ЗПТ в Україні.

Протокол дослідження з моніторингу і оцінки, спеціально створений для цього проекту, можливо було впроваджувати на пристойному рівні. Деякі неясності і випадкові помилки у більшості випадків можна було виправити. Збір даних з використанням стандартних інструментів (у перекладі) був досить обтяжливим для персоналу, але було відносно мало пропущених даних за повної відсутності перешкод для адекватних моніторингу і оцінки проекту.

У шести містах були створені мультидисциплінарні команди кваліфікованих спеціалістів, і більшість з них залишаються в проектах ЗПТ. Задоволеність персоналу роботою у більшості випадків є доброю. Крім того, більшість співробітників програм декларували позитивне ставлення до своїх клієнтів, в той же час досить негативно ставлячись до пермісивного підходу щодо вживання наркотиків взагалі. Ставлення персоналу і задоволеність роботою залишилися в основному без змін через 6 місяців після початку проекту. Плинність кадрів була низькою, тільки 2 з 60 співробітників звільнилися з проектів ЗПТ у 2007 році. За даними звітів про фокус-групи з персоналом проектів ЗПТ висловлювалися рекомендації щодо поліпшення умов праці.

Основні характеристики вибірки: 75,5% — чоловіки; середній вік — 35,2 року; 56% перебувають у шлюбі; 4,6% були незадоволені своїми житловими умовами. Залежність у більшості пацієнтів була від опіоїдів, інших ніж героїн; середня тривалість зловживання наркотиками перевищувала 13 років; раніше пацієнти неодноразово робили спроби лікуватись з приводу залежності. Більше половини учасників дослідження мали ВІЛ-позитивний статус.

Лікування бупренорфіном переносилося добре, і 82,5% пацієнтів залишалися на ЗПТ через 6 місяців та 75% — через 12 місяців. Побічна дія бупренорфіну відзначалася тільки у 1,9% пацієнтів. Середня добова доза склала 10 мг. Показник прихильності до ЗПТ було високим — 92,8%.

В ході виконання проекту планувалося отримати дані щодо впровадження та попередніх результатів ЗПТ, необхідні для розширення програми ЗПТ, передбаченого на подальші роки.

Метою моніторингу впровадження програми ЗПТ було отримання стандартизованих, на-

дійних та обґрунтованих даних щодо елементів, які є важливими для визначення того, чи дійсно проект рухається у правильному напрямку згідно з планами.

Детальними завданнями моніторингу були:

- надання інформації щодо залучення пацієнтів;
- надання стандартизованої інформації щодо залучення персоналу, а також його плинності, ставлення та рівня задоволеності;
- надання інформації щодо проблем, пов'язаних з впровадженням проекту та неочікуваних подій, які стосуються пацієнтів та персоналу;
- надання зворотного зв'язку про хід та здійсненість проекту партнерам програми.

Загальною метою оцінки процесу та результату впровадження програми ЗПТ було отримання стандартизованих та надійних даних щодо показників, які описують роботу проектів та їх результати на індивідуальному та програмному рівнях. Зокрема, цілі полягали в:

- надані інформації щодо змін у стані та поведінці пацієнта;
- надані інформації щодо призначених медпрепаратів, спеціальних режимів лікування та супутнього догляду;
- надані інформації про завершення лікування та/або участь пацієнтів в процесі оцінки.

Усі пацієнти, які зверталися з проханням включити їх до програми отримання контрольованого замісного підтримувального лікування бупренорфіном, проходили скринінг і реєструвалися відповідно до стандартизованої процедури. Всі кандидати мали відповідати чітко визначеним критеріям включення до програми:

Критеріями включення були:

- діагноз опіоїдної залежності згідно з МКХ-10;
- мінімальний вік — 18 років;
- розумова здатність надати поінформовану згоду;
- достатньо добрий фізичний стан для участі у програмі;
- надання поінформованої згоди на лікування і режим лікування, включаючи аналізи крові та сечі;
- постійне помешкання недалеко від клініки.

Критерії виключення:

- значне зниження когнітивних здібностей або затримка розумового розвитку;
- тяжкі поведінкові розлади або психотичні симптоми;

- очікувана госпіталізація чи ув'язнення (під час проведення дослідження), коли не існує можливості продовжити лікування.

Застосовувалися також додаткові критерії:

- надання поінформованої згоди на участь в дослідженні з проведенням подальших опитувань;
- призначення особи, яка матиме адресу пацієнта для здійснення подальших контактів.

Скринінг проводився співробітниками програми з використанням списку критеріїв відповідності; усі відповіді пацієнтів вносяться до списку. Такі списки збиралися систематично — дані про тих, хто не розпочав лікування, заносилися в окрему папку, а решта — до карток пацієнтів. Кандидатам пропонувалися форми реєстрації їхньої згоди. Після уважного вивчення та обговорення вони підтверджували свою згоду підписом. Ці форми також вносилися до медичної документації. Пацієнти мали можливість відкликати свою поінформовану згоду брати участь у дослідженні, або у подальшому інтерв'юванні, або відмовитися, щоб їхні задовані дані були використані для оцінки, при цьому було передбачено можливість продовжувати лікування.

Співробітники проекту МіО. Відповідальний за збір даних (ВЗД) — це особа, яка несла відповідальність за збір даних на місці впровадження пілотного проекту та за їх передачу головному досліднику (ГД). ВЗД відповідав за присвоєння кожному пацієнтові особистого коду на основі системи кодування, що надавалася ГД для забезпечення анонімності всієї інформації про пацієнта, яка використовувалися для оцінки. ВЗД мав зберігати список пацієнтів з їх прізвищами та кодами у надійному місці, недоступному для інших осіб. ВЗД працював з інструментами, призначеними для збору даних, розповсюджував для заповнення опитувальник «Ставлення до виконання обов'язків та задоволеність персоналу» (SASQ) та нагадував про вимогу щодо надання заповненого опитувальника безпосередньо ГД.

Незалежні інтерв'юери (НІ) проводили опитування пацієнтів з використанням Індексу тяжкості залежності (ASI) та Опитувальника для оцінки ризику передачі вірусів, що переносяться з кров'ю (BBV-TRAQ). Незалежні інтерв'юери також відбирали учасників для фокус-груп з пацієнтами та фокус-груп з персоналом,

проводили ці фокус-групи та надавали звіти зовнішнім експертам.

Інструменти ASI та BBV-TRAQ вперше застосовувалися в період двох тижнів після початку отримання пацієнтом лікування бупренорфіном. Повторне обстеження із застосуванням ASI та BBV-TRAQ проводилося через 6 і 12 місяців ЗПТ. Проведення фокус-груп з пацієнтами та фокус-груп з персоналом відбувалося один раз під час першої чверті, один раз під час другої чверті і один раз під час останньої чверті періоду виконання проекту МіО.

Анкети щодо ставлення та задоволеності персоналу роздавалися усім співробітникам програм ЗПТ, які мають безпосередній контакт з хворими: один раз під час першої чверті, один раз під час другої чверті і один раз під час останньої чверті періоду виконання проекту МіО.

Результати. Демографічні характеристики пацієнтів при включенні до дослідження. Отримані дані свідчать про деякі відмінності у популяції пацієнтів у залежності від сайту. У Києві зафіксовано майже рівний розподіл пацієнтів за статтю, а в інших сайтах переважали чоловіки. Можна зробити припущення: можливо за межами столиці менше осіб жіночої статі споживають наркотики, чи може для них є проблемою звернутися за допомогою чи бути включеними до програми ЗПТ.

Середній вік пацієнтів коливався від 29,0 до 38,6 року; у Києві цей показник був дещо нижчим у порівнянні з іншими сайтами. Інтервал між найменшим і найбільшим віком дуже значний і складав 37 років. Велика відмінність зафіксована у процентах одружених пацієнтів — від 20,9% на Одеському сайті до 81,1% — на Дніпропетровському. Цю різницю не можна пояснити різницею у віці.

Значимий показник рівню незадоволеності житловими умовами зафіксовано тільки на Сімферопольському сайті та ще один випадок в Одесі. Це може бути пов'язано зі значними житловими проблемами у споживачів наркотиків у Сімферополі, а також може свідчить про більш рестриктивну політику прийому до програм ЗПТ на інших сайтах.

Показник рівня освіти склав 10,8 року у середньому з невеликими відмінностями по сайтах, але зі значним інтервалом у 10 років між мінімумом і максимумом.

Додаткова професійна освіта теж значно відрізняється за показниками сайтів при серед-

Таблиця 1

Характеристика пацієнтів: демографічні дані

Місто	n	Стать	Вік (роки)		Сімейний стан	Умови проживання	Роки освіти		Професійна освіта		Працюючі (за оплату)
		% чол.	середні	діапазон	% одружених	% незадоволених житловими умовами	середні	діапазон	середні	діапазон	% працюючих
Київ	25	52,0	29,0	27	68,0	0,0	10,2	5,0	3,2	11,0	37,5
Донецьк	25	80,0	33,6	20	60,0	0,0	11,4	10,0	0,2	7,0	40,0
Одеса	24	87,5	37,5	33	20,9	4,2	9,8	3,0	0,1	5,0	50,0
Сімферополь	24	80,0	35,3	37	56,0	20,0	10,9	8,0	0,2	5,0	48,0
Дніпропетровськ	25	75,0	38,6	24	81,0	0,0	12,5	7,0	1,4	5,0	40,9
Миколаїв	28	75,0	37,4	23	50,0	0,0	9,9	7,0	1,4	3,5	14,8
Загалом	151	75,5	35,2	37	56,0	4,6	10,8	10,0	1,8	11,0	38,1

ньому по всіх сайтах 1,8 року, найвищий середній у Києві — 3,2 року.

Рівень трудової зайнятості (оплачувані посади) досить високий — 38,1% у середньому

по усіх сайтах. Виключення складав Миколаїв з середнім показником 14,8%.

Далі наводяться дані про вживання пацієнтами психоактивних речовин (ПАР).

Таблиця 2

Характеристика пацієнтів: вживання ПАР (1)

Місто	Зловживання алкоголем (роки)		Вживання героїну (роки)		Вживання інших опіоїдів (роки)		Вживання барбітуратів (роки)	
	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал
Київ	2	0,08	2,44	7	9,64	30	5,64	13
Донецьк	5	0,56	0,24	2	12,36	22	0,32	5
Одеса	1	0,04	0,33	6	17,25	34	0,42	5
Сімферополь	7	1,84	0,28	3	9,32	22	0,28	3
Дніпропетровськ	5	0,42	0,17	2	15,04	27	0,54	10
Миколаїв	7	0,57	0,50	4	17,39	32	1,39	10
Загалом	7	0,59	0,66	7	13,54	38	1,44	13

Таблиця 3

Характеристика пацієнтів: вживання ПАР (2)

Місто	Зловживання седативних (роки)		Вживання кокаїну (роки)		Вживання амфетамінів (роки)		Вживання канабісу (роки)		Вживання галюциногенів (роки)		Вживання інгальтів (роки)		Вживання декількох ПАР (роки)	
	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал
Київ	3,34	13	0,04	1	0,80	12	5,04	15	0,04	1	0,00	0	5,36	13
Донецьк	1,48	15	0,00	0	0,24	3	6,60	30	0,00	0	0,00	0	5,40	20
Одеса	1,46	15	0,00	0	0,13	3	10,3	36	0,08	1	0,00	0	8,25	22
Сімферополь	3,28	15	0,08	1	0,32	2	7,12	22	0,80	5	0,28	2	4,04	15
Дніпропетровськ	2,67	18	0,00	0	0,25	5	1,00	15	0,00	0	0,00	0	7,54	20
Миколаїв	3,75	21	0,04	1	0,07	1	9,00	36	0,04	1	0,07	1	5,64	30
Загалом	2,69	21	0,03	1	0,30	12	6,58	36	0,16	5	0,06	2	6,01	30

З цього можна зробити висновок, що традиційний екстракт макової соломки є значно популярнішим, ніж вуличний героїн, що треба враховувати в роботі з профілактики ВІЛ і гепатитів (стерильні ін'єкційні голки та шприци не запобігають інфекції, якщо сам екстракт є заражений).

Значно відрізняється у більшу сторону тривалість вживання екстракту макової соломки — «інших опіоїдів» (в середньому 13,5 року), за ними ідуть канабіс та вживання декількох психоактивних речовин (приблизно по 6 років в середньому). На відміну від цих речовин вживання героїну пацієнти почали недавно, а історія вживання барбітуратів або седативних та транквілізаторів дещо перевищує 1 і 2 роки відповідно.

Таким чином, найвищий обсяг споживання стосується «інших опіоїдів», канабісу та комбінації декількох психоактивних речовин.

Зміни в процесі перебування в дослідженні. 17,2% усіх пацієнтів залишили програму ЗПТ протягом перших 6 місяців лікування, та 25,0% — протягом усіх 12 місяців. 14,6% осіб припинили свою участь у програмі моніторингу і оцінки протягом перших 6 місяців, та 20,4% — протягом усіх 12 місяців цієї програми. Більшість випадків припинення лікування пов'язані з продовженням вживання нелегальних наркотиків та нерегулярним відвідуванням програм ЗПТ. Тільки невелика кількість пацієнтів вийшла з програми ЗПТ для того, щоб перейти до програм «drug-free» (1,4% усіх пацієнтів), декілька пацієнтів померли, були

ув'язнені, або виключені з програми за агресивну поведінку.

Таким чином, показник утримання в програмі ЗПТ є 82,8% через перші 6 місяців та 75% через 12 місяців, що є порівняно високим і задовільним.

Усі дані повторного обстеження пацієнтів, які перебували у програмі ЗПТ, повторно реєструвалися за допомогою індексу тяжкості залежності через 6 і 12 місяців після початку лікування, а також за допомогою карти пацієнта. Це дозволяє оцінювати зміни за багатьма показниками, такими як вживання наркотиків, соматичне і психічне здоров'я, ризикова поведінка, трудова зайнятість, правові та сімейні проблеми.

Вживання основної психоактивної речовини — екстракту макової соломки («інші опіати») зменшилось в багато разів: з 80% до 1% пацієнтів, які вживали ці речовини протягом останніх 30 днів, за даними перших 6 місяців, і склало 5% через 12 місяців лікування. Треба також відзначити зниження показника вживання канабісу (з 34% до 12% з наступним підвищенням до 23% через 12 місяців), седативних препаратів (з 35% до 14% і 16% відповідно), барбітуратів (з 15% до 1% і до 5% відповідно), а надто вживання декількох психоактивних речовин (з 54% до 15%, а через 12 місяців — до 4%). Це підтверджує дані про те, що участь у програмах ЗПТ призводить не тільки до зниження вживання нелегальних опіатів, але є також ефективним шляхом значного зниження вживання інших психоактивних речовин.

Динаміка показників: вживання ПАР протягом останніх 30 днів (1)

Таблиця 4

Місто	Алкоголь до інтоксикації			Героїн			Інші опіати			Барбітурати			Седативні			Інгалянти		
	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2
<i>BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.</i>																		
% «Так»	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Київ	0	0	0	16	0	0	88	0	18	76	5	6	56	10	12	0	0	0
Донецьк	8	4	0	0	0	0	92	4	13	4	0	0	20	9	7	0	0	0
Одеса	4	21	23	0	0	0	99	5	6	4	0	24	37	89	77	0	0	0
Сімферополь	36	0	33	4	0	0	56	0	0	0	0	0	32	0	0	0	0	0
Дніпропетровськ	0	0	0	0	0	0	92	0	0	4	0	0	33	0	0	0	0	0
Миколаїв	4	0	0	0	0	0	57	0	0	0	0	0	29	0	5	0	0	0
Загалом	9	3	10	3	0	0	80	1	5	15	1	5	35	14	16	0	0	0

Таблиця 5

Динаміка показників: вживання ПАР протягом останніх 30 днів (2)

Місто	Амфетаміни			Канабіс			Галюциногени			Вживання декількох ПАР			ASI бали з вживання алкоголю			ASI бали з вживання наркотиків		
<i>BL вихідні дані</i> <i>FU1 6 міс.</i> <i>FU2 12 міс.</i>	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2
% «Так» M=середні	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	M	M	M	M	M	M
Київ	12	0	0	36	0	6	0	0	0	72	0	6	0,01	0,00	0,00	0,40	0,03	0,01
Донецьк	4	0	7	40	32	7	0	0	0	16	27	0	0,09	0,05	0,02	0,37	0,12	0,08
Одеса	0	0	29	58	16	47	0	0	0	79	84	12	0,07	0,09	0,14	0,32	0,19	0,12
Сімферополь	0	0	0	52	28	29	12	0	0	56	0	0	0,10	0,08	0,06	0,13	0,09	0,06
Дніпропетровськ	4	0	0	13	0	0	4	0	0	61	0	0	0,07	0,01	0,01	0,29	0,00	0,00
Миколаїв	0	0	0	11	4	0	0	0	0	36	0	5	0,04	0,00	0,02	0,19	0,07	0,04
<i>Загалом</i>	3	0	6	34	12	13	3	0	0	54	15	4	0,06	0,04	0,04	0,26	0,08	0,05

Проте «компенсаторне» підвищення рівня вживання психоактивних речовин (алкоголь і канабіс) за період 6–12 місяців виявлено у Сімферополі і Одесі на відміну від інших сайтів.

Кількість балів розділу «вживання наркотиків» Індексу тяжкості залежності (ASI) значно знизилася — з 0,26 при вступі до програми ЗПТ до 0,08 через перші 6 місяців та до 0,05 через 12 місяців. З іншого боку, показник ASI балів з вживання алкоголю знизився з початкових 0,06 до 0,04, за даними 12 місяців.

Для всіх згаданих в таблиці станів зменшилися показники через перші 6 місяців участі в програмі ЗПТ, але через 12 місяців зафіксовано деяке підвищення показників щодо розладів органів травлення, сечовивідної системи та сек-

суальних проблем. Кількість балів Індексу тяжкості залежності (розділ соматичні розлади) постійно знижувалась — з 0,29 на початку лікування до 0,16 через 12 місяців.

Дещо збільшився через 12 місяців відсоток ВІЛ-інфікованих, за рахунок пацієнтів, які вибули з дослідження (більше з серонегативним статусом). Нових випадків ВІЛ-інфекції виявлено не було.

Важливі дані також отримані щодо зменшення показників ризикованої поведінки, особливо це стосується небезпечної ін'єкційної поведінки. Ці зміни є послідовними у часі, за виключенням Сімферопольського сайту, де показники небезпечної ін'єкційної поведінки повернулися до початкових значень за період 6–12 місяців після початку ЗПТ.

Таблиця 6

Динаміка показників: соматичні розлади

Місто	ВІЛ-позитивний статус			Нормальна маса тіла			Трофічні виразки			Диспепсичні розлади			Розлади сечовидної системи			Сексуальні розлади			ASI бали соматичного стану		
<i>BL вихідні дані</i> <i>FU1 6 міс.</i> <i>FU2 12 міс.</i>	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2	B L	F U 1	F U 2
% «Так» M=середні	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	M	M	M
Київ	44	44	53	38	74	85	8	0	7	38	42	36	8	0	7	13	32	50	0,22	0,21	0,26
Донецьк	80	80	80	52	58	54	4	0	0	32	8	1	16	0	0	36	17	8	0,29	0,35	0,15
Одеса	42	42	35	46	40	56	0	0	0	17	0	0	13	0	0	0	0	0	0,39	0,14	0,29
Сімферополь	48	48	48	48	79	59	8	0	6	32	21	18	16	5	12	4	5	6	0,32	0,32	0,09
Дніпропетровськ	46	46	40	68	58	40	9	10	6	9	11	53	0	0	5	27	16	16	0,09	0,09	0,03
Миколаїв	50	50	70	82	52	60	15	10	0	40	5	14	7	0	5	4	0	0	0,42	0,23	0,15
<i>Загалом</i>	52	52	56	54	48	58	7	3	3	28	11	20	10	1	5	13	9	12	0,29	0,22	0,16

Таблиця 7

Динаміка показників: ризикована поведінка

Місто	BBV-TRAQ бали з ін'єкційної практики			BBV-TRAQ бали з сексуальної практики			BBV-TRAQ бали з ушкодження шкіри		
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
<i>BL вихідні дані</i> <i>FU1 6 міс.</i> <i>FU2 12 міс.</i>									
% «Так» М=середні	М	М	М	М	М	М	М	М	М
Київ	14,0	0,3	1,5	5,9	7,1	4,7	0,7	2,8	1,2
Донецьк	18,5	0,4	0,3	14,3	8,0	1,3	7,0	2,2	0,8
Одеса	19,0	1,5	1,9	5,6	4,2	0,1	1,7	0,4	1,1
Сімферополь	9,6	4,6	10,0	12,3	7,5	11,9	2,3	0,5	9,2
Дніпропетровськ	9,3	0,0	0,0	7,8	0,2	2,9	2,0	0,4	0,0
Миколаїв	4,9	0,0	2,4	2,5	1,4	9,6	0,9	1,4	3,8
<i>Загалом</i>	12,4	1,1	2,4	7,8	4,7	5,0	2,5	1,3	2,6

Менше змін щодо небезпечних сексуальних практик, при цьому треба відзначити підвищення показників через 12 місяців після їх зниження через 6 місяців у Сімферополі і Миколаєві.

Що стосується пірсингу та татуювання, показники через 12 місяців є навіть вищими, ніж на початку ЗПТ на згаданих двох сайтах. Це говорить про необхідність інтенсифікації профілактичних заходів.

Показники соціальної інтеграції також значно поліпилися протягом 12 місяців участі у програмі ЗПТ: середня кількість днів трудової зайнятості пацієнтів протягом попереднього місяця збільшилася майже вдвічі; середній при-

буток від нелегальної діяльності значно знизився за цей самий період, і процент пацієнтів, які були притягнуті до кримінальної відповідальності зменшився з 3,9% до 0,3% через 6 місяців і до 0,0% через 12 місяців.

Зменшилася середня кількість балів правового розділу Індексу тяжкості залежності, це означає, що зареєстровано менше днів з будь-якою протизаконною діяльністю. Необхідно відзначити, що показники працевлаштування через 6 місяців знизилися на більшості сайтах; це свідчить про зниження потреби у консультуванні з питань зайнятості, протягом наступних 6 місяців ця потреба знов підвищилася на трьох сайтах (Донецьк, Одеса, Сімферополь).

Таблиця 8

Динаміка показників: трудова зайнятість і правовий статус

Місто	Робочі дні протягом останніх 30 днів			ASI бали з трудової зайнятості			Нелегальний прибуток за останні 30 днів (у дол. США)			Кримінальна діяльність протягом останніх 30 днів			ASI бали правових проблем		
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
<i>BL вихідні дані</i> <i>FU1 6 міс.</i> <i>FU2 12 міс.</i>															
% «Так» М=середні	М	М	М	М	М	М	М	М	М	%	%	%	М	М	М
Київ	5	5	11	0,81	0,78	0,71	76	0	0	3,0	0,0	0,0	0,12	0,09	0,07
Донецьк	6	18	15	0,72	0,61	0,63	128	0	0	4,6	0,0	0,0	0,13	0,05	0,02
Одеса	13	18	14	0,76	0,73	0,78	93	8	0	8,0	1,3	0,0	0,30	0,16	0,10
Сімферополь	12	22	16	0,74	0,62	0,76	51	0	10	6,2	0,4	0,0	0,17	0,04	0,06
Дніпропетровськ	6	15	14	0,71	0,58	0,57	33	29	0	0,0	0,0	0,0	0,05	0,02	0,00
Миколаїв	8	8	16	0,72	0,75	0,66	0	3	9	2,1	0,0	0,0	0,20	0,09	0,06
<i>Загалом</i>	8	14	14	0,74	0,68	0,69	62	6	4	3,9	0,3	0,0	0,16	0,07	0,05

Таблиця 9

Динаміка показників: сімейні проблеми

Місто	Сімейний статус			Житлові умови			Емоційне насильство			Фізичне насильство			Сексуальне насильство			ASI бали сімейних проблем		
	В L	F U 1	F U 2	В L	F U 1	F U 2	В L	F U 1	F U 2	В L	F U 1	F U 2	В L	F U 1	F U 2	В L	F U 1	F U 2
<i>BL</i> вихідні дані <i>FU1</i> 6 міс. <i>FU2</i> 12 міс.																		
% «Так» М=середні	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	М	М	М
Київ	68	85	99	88	80	99	48	25	12	16	5	0	0	0	0	0,24	0,10	0,19
Донецьк	56	64	53	76	82	93	8	14	0	8	0	0	0	0	0	0,19	0,17	0,11
Одеса	29	32	41	33	32	35	17	0	0	4	0	0	0	0	0	0,23	0,15	0,13
Сімферополь	64	64	85	44	72	65	56	12	0	12	4	0	0	0	0	0,25	0,13	0,09
Дніпропетровськ	67	83	77	75	94	83	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0,17	0,04	0,06
Миколаїв	54	46	55	43	50	50	46	30	25	7	4	0	0	0	0	0,23	0,15	0,12
<i>Загалом</i>	60	62	69	59	69	70	35	16	7	9	1	0	0	0	0	0,22	0,12	0,11

Хоча рівень задоволеності сімейним статусом і умовами проживання підвищився незначно, пацієнти менше скаржилися з приводу негативного ставлення до себе, а середній показник сімейного розділу Індексу тяжкості залежності значно зменшився.

На основі отриманих даних можна зробити наступні **висновки**:

1. Успішне і адекватне впровадження в Україні ЗПТ опіоїдами є можливим, при цьому можна запобігти виносу замісного препарату з лікувальних закладів.

2. Підтверджено, що ЗПТ є високоефективною щодо зменшення вживання нелегальних

наркотиків і проявів ризикованої поведінки, асоційованої з інфікуванням ВІЛ. ЗПТ значно поліпшує соматичне здоров'я пацієнтів.

3. ЗПТ зменшує прояви кримінальної поведінки у клієнтів і сприяє їх соціальній реінтеграції.

4. Розширення програм ЗПТ є рекомендованим у якості ефективного втручання в рамках охорони громадського здоров'я, особливо для контролювання епідемії ВІЛ-інфекції. ЗПТ має бути невід'ємним елементом національної політики протидії розповсюдженню наркотиків, а також функціональної недискримінаційної системи допомоги споживачам наркотиків.

Література

1. Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС «Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа» ВОЗ, 2004. — 37 с.
2. McNicholas L. Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction; A Treatment Improvement Protocol (TIP) 40, U.S. Department Of Health And Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, Rockville, MD 2. — 2004. — 171 p.
3. Coppel A. Good practice, good results. Maintenance treatment outcomes in France / Heroin Addiction and related Clinical Problems. — Vol. 7, № 2. — 2005. — P. 19–24.
4. Lawrinson P., Ali R., Buavirat A., Chiamwongpaet S., Dvoryak S., Habrat B., Jie S., Mardiaty R., Mokri A., Moskalewicz J., Newcombe D., Poznyak V., Subata E., Uchtenhagen A., Utami D. S., Vial R., Zhao C. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. — Addiction 2008. — № 103. — P. 1484–1492.