

Janusz PACH
Aleksandra KAMENCZAK
Jan CHROSTEK MAJ
Zofia FORYŚ

Ocena stanu zdrowia uczestników programu metadonowego w Krakowie po roku leczenia substytucyjnego

Health state evaluation of opiate dependent patients after one year methadone maintenance treatment programme in Kraków

Klinika Toksykologii KMPiChŚ
Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie
Kierownik: Prof. dr hab. med. *Janusz Pach*

Dodatkowe słowa kluczowe:

uzależnienie
leczenie substytucyjne
redukcja szkód
ciąża

Additional key words:

addiction
maintenance therapy
harm reduction
pregnancy

Program metadonowy w Klinice Toksykologii CM UJ w Krakowie jest prowadzony od stycznia 2000 roku dla 50 pacjentów uzależnionych od opiatów. Celem pracy była ocena ogólnego stanu zdrowia wraz z oceną psychologiczną i socjalną pacjentów uzależnionych od opiatów po rocznym leczeniu substytucyjnym metadonem. Jednocześnie na podstawie przeprowadzonych badań klinicznych u osób uzależnionych podjęto próbę opracowania własnego systemu oceny stopnia uzależnienia. Stwierdzono poprawę ogólnego stanu zdrowia. Nie zanotowano świeżych zakażeń HIV. Wzrosła liczba osób podejmujących pracę zawodową. Więcej osób mieszka w rodzinie prokreacyjnej, a w kilku przypadkach konkubinatu doszło do zalegalizowania związku. W programie metadonowym są trzy kobiety ciężarne, oraz pięć kobiet które urodziły dzieci. Jedna z nich utrzymuje abstynencję całkowitą, zakończyła więc udział w programie. Zaszły duże zmiany w zachowaniu pacjentów: zmniejszyła się kryminogenność, większość osób nawiązała ponownie zerwane więzi z najbliższą rodziną. Objawy psychopatologiczne umiarkowanego stopnia utrzymują się osób z tzw. podwójnym rozpoznaniem.

Wstęp

We wszystkich rozwiniętych krajach obserwuje się wzrost liczby osób uzależnionych od opiatów, jak również zwiększenie ilości przyjmowanych i sprzedawanych narkotyków. Tendencja ta dotyczy szczególnie państw będących w okresie transformacji, a więc także Polski. Uznany sposobem leczenia uzależnienia od opiatów jest leczenie substytucyjne będące składnikiem kompleksowego postępowania terapeutycznego. Metadon z uwagi na swe właściwości jest najbardziej rozpowszechnionym środkiem do substytucyjnego leczenia uzależnienia opiatowego i stosowany jest w tym celu od 30 lat w krajach Europy Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych [1,3,4].

Z uwagi na uwarunkowania ekonomiczne, najczęstszym rodzajem uzależnienia opiatowego w Polsce jest uzależnienie od pochodnych opium rodzimej produkcji, otrzy-

Methadone treatment programme for 50 opiate addicts has been conducted at the Department of Clinical Toxicology for a one year. The aim of the study was to evaluate the health state including psychological condition and also a social status of the opiate dependent patients after one year methadone maintenance medication. Also, considering the results of clinical examination, a trial of elaboration of system for dependence scoring was undertaken. An improvement of general health state of addicts was observed. No new cases of HIV positive patients were noted. An increase in number of addicts who start professional activity, and those who live in procreative families and even in formally confirmed marriage. A three pregnant women, and five who already gave birth to a child (one of them is completely drug free at present) were noted. A significant behavioural changes, reduced level of criminal activity and restored personal relationships with family were observed. A moderate psychopathological symptoms are still observed in patients with double diagnosis.

mywanymi ze słomy makowej lub mlecza makowego. Substancja ta nazywana „kompotem” lub „polską heroiną” jest stosowana dożylnie i zawiera w swoim składzie morfinę, kodeinę, papawerynę, tebainę, narkotylinę oraz monoacetylmorfinę, acetylokodeinę i heroinę [10]. Na rynku dostępne są również bardziej czyste chemicznie preparaty heroinowe (np. heroina turecka). Sposób przyjmowania narkotyków opiatowych jest podobny; nawet jeżeli początkowo przyjmowane są one drogą inhalacyjną lub doustną, to z biegiem czasu narkomani podają je sobie zawsze dożylnie w warunkach niesterylnych i w roztworach przygotowanych niefarmakologicznie, o nieznannej dawce narkotyku. Dlatego osoby uzależnione od narkotyków, szczególnie opiatowych, są grupą zwiększonego ryzyka zachorowania na choroby zakaźne, w tym szczególnie wirusowego zapalenia wątroby (typ C i typ B), zespo-

Adres do korespondencji:
Prof. dr hab. med. Janusz Pach
Klinika Toksykologii KMPiChŚ
Collegium Medicum UJ
31-826 Kraków, Os. Złotej Jesieni 1
Poland

tu AIDS czy chorób wenerycznych [6]. Grupa narkomanów opiatowych jest najbardziej ze wszystkich zmienioną grupą pod względem psychospołecznym, jest grupą bardzo kryminogenną. Konieczność zaspokojenia krańcowo nasilonego głodu narkotycznego powoduje, że narkoman dla zdobycia środków finansowych na narkotyki nie cofnie się przed niczym. Działania te mają podłoże w zmianach neurobiologicznych mózgu i nie są podatne na argumentację psychologiczno socjalną [13]. Kradzieże, prostytucja oraz rozboje, jazda samochodem pod wpływem środków odurzających, stanowią istotne zagrożenie dla porządku społecznego, którego utrzymanie pochłania coraz więcej środków.

Korzyści ze stosowania metody eliminacji szkód (*harm reduction*), w skład której wchodzi terapia metadonowa, są nie do podważenia, a naszym celem nie jest agitacja do stosowania metadonu, a jedynie opracowanie obiektywnych metod oceny poprawy stanu zdrowia osób uczestniczących w programach substytucyjnych. Jednocześnie na podstawie przeprowadzonych badań klinicznych u osób uzależnionych podjęto próbę opracowania własnego systemu oceny stopnia uzależnienia.

Material i metoda

Badaniem zostali objęci pacjenci po zakwalifikowaniu do programu metadonowego (program metadonowy jest prowadzony od stycznia 2000 roku dla 50 pacjentów uzależnionych od opiatów), leczeni w Ośrodku Detoksykacji Kliniki Toksykologii CM UJ z powodu uzależnienia od opiatów. W chwili przyjęcia pacjentów do ośrodka przeprowadzano standaryzowany wywiad chorobowy dotyczący aktualnych dolegliwości, przebytych chorób, długości i rodzaju uzależnienia, stosowania innych używek w tym alkoholu, wywiadu rodzinnego, przeprowadzono badanie fizykalne i badania dodatkowe.

W chwili przyjęcia do Ośrodka pobierano krew i moczu celem wykonania następujących badań dodatkowych: (1) badanie morfotyczne krwi, (2) badanie ogólne moczu, (3) badania biochemiczne (stężenie mocznika, kreatyniny, glukozy, bilirubiny, cholesterolu, trójglicerydów, białka i albumin, jonogram), (4) badania enzymatyczne (aktywność transaminaz, kinazy fosfokreatynowej, fosfatazy alkalicznej, gammaglutamylu-transpeptydazy), (5) badania serologiczne (USR, HbSag, aHCV, aHIV); (6) wykonywano test skryningowy na obecność środków uzależniających w moczu (metodą immunofluorescencji w świetle spolaryzowanym przy zastosowaniu aparatu ÉCLAIR firmy Merck), (7) wykonywano zapis spoczynkowy EKG.

Dokonywano oceny ciężkości zespołu odstawienia opiatów na podstawie następujących objawów:

A. Łagodny zespół odstawienny: 1. uczucie głodu narkotycznego, 2. osłabienie, 3. drażliwość, dysforia, 4. anoreksja, 5. nadmierne pocenie się, 6. kichanie, 7. ziewanie.

B. Umiarkowany: 1. uczucie głodu narkotycznego, 2. niepokój, 3. umiarkowane pobudzenie psychoruchowe, 4. lęk, 5. anoreksja, 6. zaburzenia snu, 7. ból głowy, 8. nadmierne pocenie się, 9. łzawienie, 10. wodnista wydzielina z nosa, 11. „gęsia skórka”, która może być wywołana nawet dotykiem, 12. łagodne poszerzenie źrenic, 13. łagodne bóle mięśniowe, 14. kurczowe bóle brzucha, 15. tachykardia do 100/min., 16. łagodny wzrost wartości CTK.

C. Ciężki zespół odstawienny: 1. uczucie głodu narkotycznego, 2. silny lęk, 3. silny niepokój, 4. pobudzenie psychoruchowe, ruchy mimowolne, 5. anoreksja, 6. bezsenność, 7. poszerzone, ufiksowane źrenice, 8. zlewne poty, 9. uderzenia zimna lub gorąca, 10. obecna „gęsia skórka” na skórze klatki piersiowej i ramion, 11. stany podgorączkowe, 12. obfite łzawienie, 13. wodni-

Tabela I
Charakterystyka badanej grupy.
Characteristics of examined group.

Charakterystyka	Wiek [lata]				Okres uzależnienia [lata]		
	N	x±SD	min - max	med.	x±SD	min - max	med.
Cała grupa	50	29,18 ± 5,79	21 - 46	28,5	11,65 ± 5,89	3 - 30	10
Kobiety	13	26,31 ± 4,85	21 - 36	24	8,15 ± 3,76	3 - 16	8
Mężczyźni	37	30,19 ± 5,81	21 - 46	29	12,92 ± 6,04	3 - 30	12

Stopień uzależnienia	Liczba uczestników	%
I	0	
II	6	12
III	44	88
Ogółem	50	100
Czasokres uczestnictwa w programie:		7 - 12 miesięcy średnio - 9,8 miesięcy

Tabela II
Stopień uzależnienia oceniany w chwili przyjęcia do programu.
Degree of opiate dependency evaluated on admission.

Tabela III
Wyniki badań analitycznych krwi w badaniu wstępnym i końcowym.
Results of analytical examination on admission and control examination.

Parametr	Badanie wstępne				Badanie końcowe				p
	N	x±SD	min - max	med.	N	x±SD	min - max	med.	
WBC [tys]	48	8,04 ± 2,22	2,6 - 12,6	7,85	45	7,38 ± 1,52	5,2 - 11,6	6,9	p<0,002
RBC [mln]	47	4,43 ± 0,38	3,4 - 5,21	4,48	45	4,59 ± 0,4	3,55 - 5,29	4,65	p<0,002
Hb [%]	47	13,22 ± 1,2	10,2 - 15,7	13,4	44	13,82 ± 1,27	10,9 - 15,6	13,85	p<0,01
Ht [%]	47	38,64 ± 3,43	30,1 - 46,4	38,7	45	40,6 ± 3,99	31,1 - 46,8	40,2	p=0,002
Płytki krwi [tys.]	48	222,25 ± 71,24	82 - 470	217	45	219,47 ± 56,02	120 - 377	214	ns
OB [mm/h]	48	19,06 ± 2,05	1 - 95	12,5	46	12,52 ± 12,12	1 - 52	7,5	p=0,006

Tabela IV
Porównanie wybranych wskaźników oceniających funkcję wątroby.
Chosen parameters of liver functioning – comparison of two examination.

Parametr	Badanie wstępne				Badanie końcowe				p
	N	x±SD	min - max	med.	N	x±SD	min - max	med.	
ASP [U/l]	49	49,47 ± 35,44	15 - 208	38	46	58,41 ± 48,83	20 - 290	45,5	ns
ALT [U/l]	49	55,76 ± 45,39	12 - 207	36	46	64,63 ± 72,11	7 - 398	48	ns
GGTP U/l]	49	40,35 ± 38,09	23 - 223	23	46	55,46 ± 66,18	13 - 375	36	ns
PA [U/l]	49	94,63 ± 69,59	44 - 521	78	46	83,48 ± 20,52	51 - 143	76,5	ns
INR	49	0,98 ± 0,085	0,8 - 1,3	0,96	46	0,96 ± 0,1	0,8 - 1,24	0,955	p=0,099 ns
Bilirubina [mmol/l]	49	8,28 ± 3,09	4 - 19,7	7,2	46	9,13 ± 4,16	6,5 - 25,5	8,05	ns

Tabela V
Wyniki badań biochemicznych: parametry opisujące czynność nerek.
Chosen parameters of kidney functioning – comparison of two examination.

Parametr	Badanie wstępne				Badanie końcowe				p
	N	x±SD	min - max	med.	N	x±SD	min - max	med.	
Potas [mmol/l]	49	4,24 ± 0,35	3,59 - 5,02	4,18	46	4,3 ± 0,37	3,6 - 5,45	4,2	ns
Sód [mmol/l]	49	138,2 ± 2,88	132,4 - 146,1	138,6	46	138,1 ± 2,59	132 - 143,3	138,6	ns
Chlor [mmol/l]	49	103,64 ± 2,96	97,8 - 109,8	103,4	46	103,2 ± 1,87	98,9 - 106,3	103,05	ns
Mocznik [mmol/l]	49	4,28 ± 1,3	1,5 - 7,8	4,3	46	4,076 ± 1,29	1,3 - 7,5	4,2	ns
Kreatynina [μmol/l]	49	71,02 ± 14,01	45 - 113	70	46	74,02 ± 14,59	48 - 105	74,5	ns

sty wyciek z nosa, 14. silne bóle kostno – stawowe, 15. silne kurczowe bóle brzucha, 16. biegunka, 17. nudności, wymioty.

Stopień uzależnienia oceniano wg następujących kryteriów:
1. Długość okresu w jakim pacjent spełnia kryteria

Tabela VI

Wyniki badań biochemicznych.

Results of biochemical measurements

Parametr	Badanie wstępne				Badanie końcowe				p
	N	x±SD	min - max	med.	N	x±SD	min - max	med.	
Fe [μmol/l]	49	14,089 ± 5,35	6,4 - 28,8	13,5	46	18,0 ± 7,11	6,6 - 39,1	17,05	p=0,003
Białko [g/l]	49	74,12 ± 6,58	60 - 87	74,0	46	76,96 ± 5,79	76,5 - 91	76,5	p=0,005
Albuminy [g/l]	49	40,45 ± 5,83	20,9 - 53,2	40,3	46	42,51 ± 4,4	35,3 - 52,8	42,4	p<0,05
Glukoza [mmol/l]	49	5,46 ± 0,96	3,15 - 7,7	5,47	46	4,9 ± 0,73	3,57 - 7,3	4,83	p<0,001
CPK [U/l]	49	190,92 ± 370,71	31 - 2614	108	46	99,52 ± 43,97	45 - 275	90	p=0,09 ns

Test Wilcoxon

Tabela VII

Wyniki badań oceniających gospodarkę tłuszczową.

Results of chosen lipid parameters.

Parametr	Badanie wstępne				Badanie końcowe				p
	N	x±SD	min - max	med.	N	x±SD	min - max	med.	
Cholesterol [mmol/l]	49	3,42 ± 0,77	1,64 - 4,67	3,5	46	4,62 ± 1,24	2,62 - 8,2	4,51	p<0,001
Trójglicerydy [mmol/l]	49	1,13 ± 0,64	0,3 - 2,95	0,89	46	1,15 ± 0,64	0,29 - 3,1	0,99	ns

Tabela VIII

Masa ciała uczestników programu metadonowego w badaniu wstępnym i końcowym.

The body weight of opiate addicts at the beginning and after one year methadone maintenance medication.

Masa ciała [kg]	Badanie wstępne				Badanie końcowe				p
	N	x±SD	min - max	med.	N	x±SD	min - max	med.	
Cała grupa	43	68,72 ± 15,13	50 - 135	67,0	42	72,88 ± 16,64	53 - 145	71	p<0,001
Kobiety	10	59,6 ± 10,4	50 - 85	54,5	10	63,0 ± 8,16	53 - 78	62,5	p<0,05
Mężczyźni	33	71,48 ± 15,36	51 - 135	72	32	75,97 ± 17,48	57 - 145	74,5	p<0,001

Tabela IX

Ocena wyników serologicznych osób uczestniczących w programie.

Results of serologic tests.

Test	N	%
USR	2	4
aHCV	48	96
HBSAg	4	8
AHIV	9	18

Tabela X

Badania oceniające wypełnienie warunków kontraktu przez uczestników programu metadonowego. Evaluation of contract rules performance.

Parametr oceniany	I badanie		Badanie końcowe		p
	N	%	N	%	
Ślady po wkłuciach	50	100	16	32	p<0,001
Przebywanie "na bajzlu"	50	100	9	18	p<0,001

Chi²

uzależnienia od opiatów:

- do 1 roku – 1 punkt;
- od 1 roku do 5 lat – 2 punkty;
- dłużej niż 5 lat – 3 punkty.

2. Dzienna ilość przyjmowanej substancji:

- do 5 cm³ – 1 punkt;
- od 5 do 10 cm³ – 2 punkty;
- powyżej 10 cm³ – 3 punkty.

3. Nasilenie objawów zespołu abstynencyjnego:

- łagodny – 1 punkt;
- umiarkowany – 2 punkty;
- ciężki – 3 punkty.

Na podstawie ilości punktów uzyskanych z kryteriów opisanych powyżej przyjęto następujące stopnie uzależnienia: **Łagodny – do 4 punktów; umiarkowany – od 5 do 7 punktów; ciężki – powyżej 8 punktów.**

Pacjenci byli przyjmowani do programu metadonowego po wstępnych rozmowach przeprowadzonych w MONARZE i po badaniu psychiatrycznym w Klinice Toksykologii, podczas którego ustalano rozpoznanie i ewentualnie występujące przeciwwskazania. Rozpoznaniem wykluczającym z programu było stwierdzenie psychozy w okresie występowania objawów wytwórczych lub konieczność leczenia dużymi dawkami neuroleptyków. Pacjenci przyjmowani do programu podpisali kontrakt terapeutyczny określający zarówno prawa i obowiązki pacjenta, a także warunki ewentualnego zerwania kontraktu. Uczestnicy programu, którzy nie dotrzykali warunków kontraktu (co najmniej trzykrotne stwierdzenie obecności opiatów w moczu oraz zachowania agresywne, a także negatywny, destruktywny wpływ na pozostałych uczestników) zostali usunięci z programu i nie byli przedmiotem analizy.

W pierwszym etapie analizy statystycznej zbadano charakter rozkładu dla cech mierzalnych (test *W. Shapiro-Wilka*). Ponieważ dla wszystkich cech rozkłady były różne od normalnego, dlatego też w dalszych etapach analizy stosowano metody nieparametryczne. Dla opisu materiału wyznaczono wartość minimalną, maksymalną i medianę. W analizie statystycznej dla porównania cech mierzalnych w obu badaniach stosowano test *Wilcoxon*. Do analizy cech niemierzalnych stosowano test chi². Analizę statystyczną wykonano przy użyciu pakietu statystycznego Statistica PL.

Wyniki

W tabeli I podano wiek badanych i okres uzależnienia od opiatów. Mężczyźni byli nieco starsi, i mieli dłuższy okres uzależnienia niż kobiety.

W tabeli II podano stopień uzależnienia oceniany w chwili przyjęcia do programu. U 88% osób zakwalifikowanych do programu stwierdzono ciężki stopień uzależnienia, ocenianego w momencie przyjęcia wg zasad podanych w metodyce.

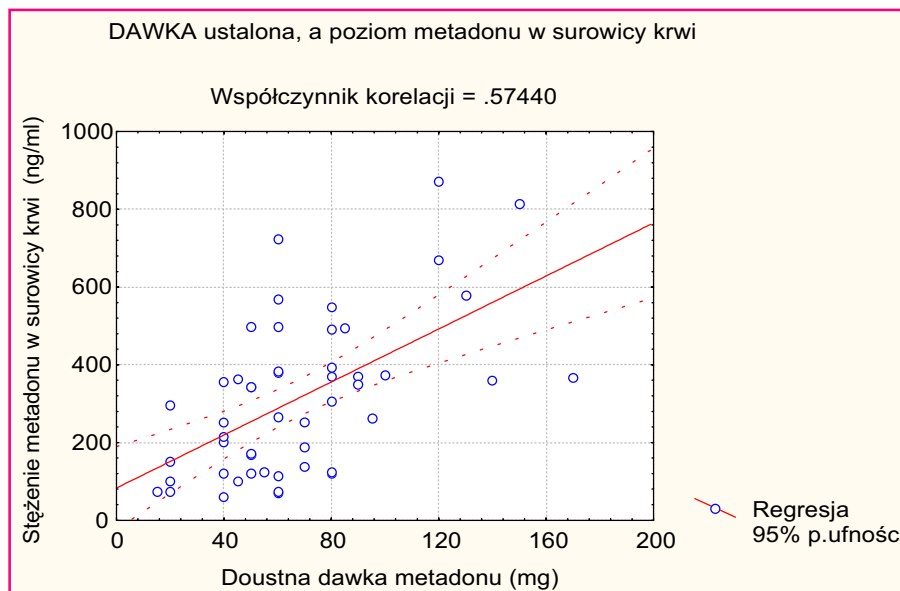
Na rycinie 1 przedstawiono zależność pomiędzy doustną dawką metadonu, a jego stężeniem w surowicy krwi pacjentów uczestniczących w programie. Stwierdzono dodatnią, statystycznie istotną zależność między doustną dawką metadonu, a jego stężeniem we krwi (współczynnik korelacji = 0,574).

Ogólny stan somatyczny badanych w chwili przyjęcia do programu był zadawalający i został opisany uprzednio [9].

W tabeli III podano wyniki badań analitycznych krwi w badaniach wstępnym i końcowym. Stwierdzono wzrost liczby krwinek czerwonych z 4,43 milionów w badaniu wstępnym do 4,59 milionów w badaniu końcowym, stężenia hemoglobiny z 13,2% do 13,8% i hematokrytu z 38,6% do 40,6% w badaniu końcowym. Wymienione różnice były istotne statystycznie. W sposób istotny zmalała liczba białych ciałek krwi (z 8,04 – 7,4 tysięcy) oraz wartość wskaźnika opadania krwinek po 1 godzinie.

Porównanie wybranych wskaźników oceniających funkcję wątroby w badaniu pierwszym i końcowym zestawiono w tabeli IV. Zmiany w wartościach aktywności enzymatycznej oraz stężenia bilirubiny w badaniach pierwszym i końcowym były nieistotne statystycznie. Zanotowano jednak wyraźny wzrost aktywności GGTP.

Podobnie średnie wartości parametrów biochemicznych opisujących czynność nerek oceniane po roku uczestnictwa w programie nie różniły się w sposób istotny od wartości uzyskanych w badaniu wyjściowym



Rycina 1
Doustna dawka metadonu a jego stężenie w surowicy krwi pacjentów uzależnionych.
Correlation between oral methadone dose and serum methadone concentration.

Tabela XII
Rodzaj postawionych rozpoznań psychiatrycznych.
Kind of psychiatric diagnosis.

Rozpoznanie psychiatryczne uczestników programu	Wstępne	Po roku
Zaburzenia psychotyczne	-	2
Zaburzenia nastroju endogenne	2	-
Zaburzenia lękowe i reaktywne	11	9
Zaburzenia osobowości	22	16
Choroba uzależnieniowa bez dodatkowego rozpoznania	23	29

suma badanych >50 z uwagi na podwójne rozpoznania.

Tabela XIV
Pytania ankiety, które zadawano kobietom ciężarnym.
The inquiry for pregnant women.

PYTANIE	Odpowiedź TAK	Odpowiedź NIE
Czy przed przystąpieniem do programu metadonowego były regularne miesiączki	1	5
Czy istniała możliwość zajścia w ciążę przed przystąpieniem do programu	3	3
Czy uprzednio była pani w ciąży	3	3
Czy stosowała pani antykoncepcję	1	5
Czy nastąpiło uregulowanie krwawień	3	3
Czy ciąża była wynikiem świadomej decyzji	3	3
Czy posiada pani stałego partnera seksualnego	5	1
Czy jest pani zadowolona z faktu ciąży (urodzenia dziecka)	6	-
Czy są kłopoty zdrowotne w trakcie ciąży lub u nowonarodzonego dziecka	2	4

(tabela V).

Stwierdzono istotny wzrost stężenia żelaza w surowicy krwi pacjentów objętych programem metadonowym z 14,09 $\mu\text{mol/l}$ w badaniu wstępnym, do 18 $\mu\text{mol/l}$ w badaniu kontrolnym. U pacjentów tych zanotowano także istotny wzrost stężenia białka całkowitego (z 74,12-76,96 g/l) i albumin (40,5-42,4 g/l). W sposób istotny obniżyło się stężenie glukozy w surowicy krwi z 5,46 do 4,83 mmol/l. Stwierdzono także obniżenie aktywności CPK z 190 U/l do 90 U/l, jednak spadek ten nie był istotny statystycznie

Tabela XIII
Statystyka ciąży i odbytych porodów przez pacjentki programu metadonowego.
Statistics of pregnancy and delivery within methadone maintenance therapy.

*Jedna pacjentka utrzymuje abstynencję całkowitą, zakończyła więc udział w programie.

Liczba ciąży	8*
Liczba urodzonych dzieci	5
Liczba oczekujących na poród	3
Odczyn HIV pozytywnych wśród ciężarnych	1

($p=0,09$) (tabela VI).

Parametry gospodarki tłuszczowej zestawiono w tabeli VII. Stwierdzono statystycznie istotną różnicę w stężeniu cholesterolu ocenianym w badaniu wstępnym i po roku uczestnictwa w programie. Wartości stężenia trójglicerydów były zbliżone w obu porównywanych badaniach.

W tabeli VIII podano masę ciała pacjentów uzyskaną z pomiarów w badaniu wstępnym i końcowym z uwzględnieniem płci. Początkowa średnia masa ciała kobiet wynosiła 59,6 kg i wzrosła do 63,0 kg, waga

mężczyzn natomiast wzrosła z 71,5 kg w badaniu wstępnym do 76 kg w badaniu końcowym. Omawiane różnice są statystycznie istotne ($p<0,05$ dla kobiet i $p<0,001$ dla mężczyzn).

Ocenę wyników serologicznych pacjentów uczestniczących w programie przedstawiono w tabeli IX.

Wyniki badań oceniających wypełnianie kontraktu przez uczestników programu podano w tabeli X, a w tabeli XI zestawiono ocenę parametrów psychosocjalnych pomocnych w ocenie uczestnictwa w programie.

W sposób wysoce znamieny zmniejszyła się liczba zarówno śladów po wkluciach, jak i częstość przebywania w miejscach kontaktowania się narkomanów („bajzel”).

Jak wynika z tabeli XI w trakcie substytucyjnego leczenia metadonowego 4 dodatkowe osoby podjęły pracę. Więcej o pięć osób mieszka w rodzinie prokreacyjnej.

Rodzaj postawionych rozpoznań psychiatrycznych pokazuje tabela XII. Struktura tych rozpoznań po roku nie zmieniła się z powodu prowadzonego leczenia, mogły jedynie zajść zmiany w związku z usunięciem z programu osób nie stosujących się do warunków kontraktu.

Zmniejszyły się objawy agresji pacjentów wobec siebie, obserwowano natomiast więcej reakcji lękowych i depresyjnych. W trzech przypadkach wymagały one leczenia lekami tymoleptycznymi. Podczas programu doszło do jednego przypadku poważnego samookaleczenia w celach samobójczych. Po leczeniu szpitalnym pacjent odmówił dalszej hospitalizacji psychiatrycznej i był pod opieką lekarza psychiatry w Poradni Uzależnień.

Do marca 2001 roku w programie metadonowym Kliniki Toksykologii CM UJ było 8 ciężarnych kobiet, pięć z nich będąc w programie urodziło już dzieci (Tabela XIII).

Ojcami trójki spodziewanych dzieci są także pacjenci naszego programu. Stan urodzonych dzieci jest dobry (skala Apgar przy urodzeniu wynosiła 10 pkt.), aczkolwiek stwierdzało się w pierwszych dniach po urodzeniu słabo nasilone objawy zespołu odstawienia (niepokój, gotowość drgawkowa, biegunki). Obecnie wszystkie dzieci urodzone objęte są opieką lekarza specjalisty w Instytucie Pediatrii CM UJ. Stan zdrowia ciężarnych jest dobry, są pod stałą kontrolą lekarza ginekologa współpracującego z naszą poradnią. Analiza przebiegu ciąży, stanu noworodków i opieki nad nimi będzie przedmiotem oddzielnego doniesienia.

U pacjentek ciężarnych przeprowadzono krótką ankietę oceniającą ich nastawienie do ciąży, samopoczucie. Ankietę przeprowadzono u sześciu kobiet, trzy niedawno urodziły dzieci, a trzy z nich są aktualnie w ciąży. Wyniki przedstawiały się następująco (tabela XIV). Prawie wszystkie ankietowane pacjentki stwierdziły, że przyjmowanie metadonu doprowadziło do uregulowania miesiączkowania. Większość pytanym kobiet nie stosowało żadnych środków antykoncepcyjnych. Pytane pacjentki potwierdzały fakt współżycia tylko z jednym partnerem seksualnym (w większości są to związki nieformalne, aczkolwiek w trakcie

trwania programu doszło już w kilku przypadkach do zalegalizowania związku). Wszystkie ciężarne kobiety cieszą się z faktu zajścia w ciążę (czy urodzenia dziecka). Większość ciężarnych dobrze znosiła i znosi ciążę, a w badaniu ginekologicznym nie obserwuje się żadnych objawów niepokojących mogących stanowić zagrożenie ciąży.

Omówienie wyników

W ocenie stopnia nadużywania substancji psychoaktywnych przez uczestników programu obok badań toksykologicznych pomocna jest także codzienna kontrola zachowania pacjenta jakiej dokonuje personel lekarski i pielęgniarski poradni. W trakcie roku trwania programu, w wyniku wykonanych badań kontrolnych na obecność substancji psychoaktywnych w moczu (opiatów, amfetaminy, THC, benzodiazepin i barbituranów) zerwano kontrakt z 12 osobami, których nie ujęto w niniejszym opracowaniu. Podstawową przyczyną zerwania kontraktu, poza zachowaniami agresywnymi było stwierdzenie w co najmniej trzech kolejnych badaniach obecności opiatów i/lub innych substancji psychoaktywnych w moczu pacjentów.

Istotny spadek liczby białych ciałek krwi oraz wartości wskaźnika opadania krwinek po 1 godzinie w badaniu kontrolnym świadczy o zmniejszeniu wszelkich rodzajów zakażeń związanych z dożylnym podawaniem substancji psychoaktywnych. Uczestnicy programu, którzy nawet łamią abstynencję, stosują te środki drogą doustną, inhalacyjną lub donosowo, o czym może świadczyć również fakt, że liczba pacjentów ze świeżymi śladami po wkłuciach w badaniu kontrolnym była istotnie mniejsza w porównaniu do badania wstępnego.

Nieuregulowany tryb życia oraz ukierunkowanie poczynić na zdobycie narkotyku predysponują uzależnionych od opiatów do zaburzeń zachowań żywieniowych, a sam narkotyk zaburza nerwowo – hormonalne mechanizmy regulujące mechanizmy pobierania pożywienia [2]. Istotną poprawą wskaźników morfotycznych krwi, jak również stężenia żelaza, białka całkowitego i albumin świadczy o ogólnej poprawie stanu zdrowia i jakości odżywiania. Masa ciała zarówno kobiet jak i mężczyzn uległa istotnemu podwyższeniu w trakcie trwania programu. Jednocześnie wzrósł stężenia cholesterolu i białka całkowitego oraz istotny spadek stężenia glukozy w surowicy krwi może świadczyć o zmianie nawyków żywieniowych przez pacjentów programu, co można wiązać z korzystnym wpływem leczenia substytucyjnego. Spożywają oni mniej cukrów prostych, a w ich diecie zwiększył się udział produktów białkowych i tłuszczu, co zgodne jest z naszymi wcześniejszymi obserwacjami [9].

U 96% uczestników programu metadonowego stwierdzono dodatnie aHCV. Analizowane wyniki badań enzymatycznych i biochemicznych nie wskazywały jednak na zaburzenia czynności wątroby [11]. Normalizacja procesów immunologicznych związana z poprawą odżywiania miała niewątpliwie wpływ na to, iż u nosicieli aHCV nie

rozwinął się aktywny proces zapalny wątroby pomimo, iż miernego stopnia wzrost aktywności GGTP przemawia za spożywaniem przez badanych alkoholu etylowego.

W trakcie trwania programu wzrosła liczba pacjentów, którzy podjęli pracę, trzy osoby podjęły naukę. Więcej osób mieszka w rodzinie prokreacyjnej, a w kilku przypadkach konkubinatu doszło do zalegalizowania związku. Ogromna większość pacjentów uzyskała świadczenia socjalne z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Wszystko to przemawia za tym, że brak przymusu zdobywania kolejnej dawki narkotyku w sposób znaczący wpływa na zmianę stylu życia [1,6,12,13], choć pozostają nadal do rozwiązania problemy związane ze stosowaniem przez uczestników programu środków psychostymulujących. Nadużywanie alkoholu i wzrost reakcji lękowo-depresyjnych związany jest prawdopodobnie z większą możliwością dokonania przez uczestników bilansu osiągnięć życiowych i samooceny w momencie uwolnienia się od głównej dolegliwości jaką jest głód narkotyczny.

Realna ocena możliwości leczenia psychiatrycznego nie zakłada zmiany w strukturze rozpoznania natomiast w trakcie programu w wyniku postępowania psychoterapeutycznego dokonywały się zmiany w postawach pacjentów. Większość osób nawiązała ponownie zerwane więzi z najbliższą rodziną (rodzice, rodzeństwo). Nie notowaliśmy epizodów psychotycznych, natomiast w trzech przypadkach konieczna była hospitalizacja w Izbie Przyjęć Kliniki Toksykologii w Krakowie z powodu przedawkowania przez uczestników programu niedozwolonych środków psychoaktywnych.

Wymiernym rezultatem substytucyjnego leczenia metadonem jest poprawa funkcji rozrodczych [7]. Przyjmowanie metadonu doprowadziło u przeważającej liczby kobiet do uregulowania miesiączkowania. Prezentowane wyniki badań potwierdzają istnienie zależności pomiędzy dawką metadonu, a jego stężeniem we krwi. Jak wiadomo stabilne stężenie metadonu we krwi jest warunkiem koniecznym powodzenia całej terapii i ma olbrzymie znaczenie, szczególnie u kobiet w ciąży. Są dowody, że leczenie metadonem połączone z badaniami, leczeniem i diagnostyką prenatalną zwiększa wagę urodzeniową płodu, a nadużywanie heroiny podczas ciąży zwiększa śmiertelność noworodków [5,8]. Osiem kobiet uczestniczących w programie metadonowym zaszło w ciążę, z czego 5 urodziło już dzieci. Ojcomi trójki spodziewanych dzieci są pacjenci naszego programu. Stan urodzonych dzieci jest dobry (skala Apgar przy urodzeniu wynosiła 10 punktów), aczkolwiek stwierdzało się u nich w pierwszych dniach po urodzeniu słabo nasilone objawy zespołu odstawienia (niepokój, gotowość drgawkowa, biegunki). Obecnie wszystkie urodzone dzieci objęte są opieką lekarza specjalisty w Instytucie Pediatrii. Stan zdrowia ciężarnych jest dobry, są pod stałą kontrolą lekarza ginekologa współpracującego z naszą poradnią.

W wyniku krótkiej ankiety przeprowa-

dzonej u ciężarnych pacjentek stwierdzono, że większość z nich nie stosowała żadnych środków antykoncepcyjnych. Pytane pacjentki potwierdzały fakt współżycia tylko z jednym partnerem seksualnym. Wszystkie kobiety cieszą się z faktu zajścia w ciążę czy urodzenia dziecka.

Na zakończenie przytaczamy fragment artykułu jednej z naszych pacjentek:

„Czy to możliwe, żeby tak szybko znaleźć się po drugiej stronie, tak gładko i w zasadzie bezboleśnie włączyć z powrotem w nurt życia, czysty i przejrzysty jak na powrót przez nas odkrywane, dawno zapomniane Imperium Śmiechu...?”

Można stwierdzić, iż pacjenci metadonowi, którzy przebudowują lub odbudowują swoje życie i normalnie funkcjonują nie są „narkomanami”, ale pacjentami medycznymi, leczonymi z powodu przewlekłego schorzenia.

Piśmiennictwo

1. Ball J.C., Ross A.: The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. New York: Springer-Verlag, 1991.
2. Cooper S. J., Kirkham T. C.: Opioid mechanism in the control of food consumption and taste preferences. [W:] Opioids. Ed. Herz A.: Handbook of Experimental Pharmacology. Springer Verlag 1993.
3. Dole V.P.: Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction. JAMA 1988, 260, 3025.
4. Eap C.B.: Nouvelles études psychopharmacologiques sur la methadone: implications pour le traitement de la dépendance aux opiacés. [New psychopharmacologic studies on methadone: implications for the treatment of opiate dependency]. Rev. Med. Suisse. Romande 2000, 120, 111.
5. Finnegan, L.P.: The success of methadone in the treatment of pregnant opiate dependent women. Presented at the Second European Symposium on Drug Addiction and AIDS. Sienna, Italy: October 1993. Food and Drug Administration. FDA Regulations in the Federal Register, 21 CFR Parts 200 to 299. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1993.
6. Hartel D., Selwyn P.A., Schoenbaum E.E. et al.: Methadone maintenance treatment and reduced risk of AIDS and AIDS-specific mortality in intravenous drug users. No. 8546. Stockholm, Sweden: IV International Conference on AIDS, 1988.
7. Hanbury R., Cohen M., Stimmel B.: Adequacy of sexual performance in men maintained on methadone. Am. J. Drug Alcohol Abuse 1977, 4, 13.
8. Kaltenbach K., Finnegan L.P.: Methadone maintenance during pregnancy: Implications for perinatal and developmental outcome. In: T. Sonderegger (ed), Perinatal Substance Abuse: Research Findings and Clinical Implications. Baltimore: John Hopkins University Press, 1992.
9. Kamenczak A., Chrostek-Maj J., Kroch S., Groszek B.: Wstępna ocena programu metadonowego w Krakowie. Przegl. Lek. 2000, 10, 525.
10. Kała M.: Substancje powodujące uzależnienie w praktyce Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie. Przegl. Lek. 1997, 54, 30.
11. Kreek M.J., Dodes L., Kane S. Et al.: Long-term methadone maintenance therapy: Effects on liver function. An. Int. Med. 1972, 77, 598.
12. Szpanowska-Wohn A., Kolarzyk E., Kroch S., Janik A.: Problemy żywieniowe osób zakwalifikowanych do leczenia substytucyjnego metadonem. Część I. Stan odżywiania osób uzależnionych od opiatów. Przegl. Lek. 2000, 10, 539.
13. Vetulani J.: Uzależnienia lekowe na przełomie wieków. [W:] Neuropsychofarmakologia. Dzisiaj i Jutro. Red. Bijak M., Lasoń W., Instytut Farmakologii PAN, Kraków, 2000.