
Retence v substitučním programu buprenorfinem

**Večeřová-Procházková A., Csémy L., Staňková Z., Molnárová M.,
Jacobs (Exnerová) P., Kožený J., Kobližková R., Čápková E., Peláková K.**

Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví (CEPROS), Praha

SOUHRN

Cíl: Hlavním cílem práce bylo sledovat retenci v substitučním programu buprenorfinem poskytovaném třemi způsoby.

Metody: Celkem bylo sledováno 132 pacientů závislých na heroinu, náhodně zařazených do tří forem substituční léčby (specializované centrum, kombinace specializovaného centra s ordinací praktického lékaře a ordinace praktického lékaře). Průměrný věk pacientů byl 25 let, převažovali muži (76 %), průměrná doba užívání heroinu byla 7,5 let. Pacienti byli vyšetřeni Indexem závažnosti návykového chování, dále byly využity údaje z lékařské dokumentace a krátké škály na zjištění stupně závislosti.

Výsledky: Průměrná délka setrvání v programu byla téměř dva měsíce (57,4 dny). Program v délce tříměsíčního sledování dokončilo 35 % pacientů. Kritickou dobou pro drop-out bylo období mezi 5. a 9. týdnem programu. Délka setrvání v programu ani míra dokončení tříměsíčního sledování nebyla závislá na způsobu jeho poskytování. Z tohoto hlediska byly výsledky specializovaného substitučního centra srovnatelné s výsledky poskytování buprenorfinu v ordinaci praktického lékaře.

Závěry: Výsledky potvrzují význam substitučních programů v rámci intervencí zaměřených na omezování škod působených zneužíváním drog. Rovněž potvrzují dobré možnosti rozšíření substitučních programů do praxe praktických lékařů, a tím zlepšení dostupnosti této služby. Podmínkou úspěšné implementace je dodržování doporučených standardů programu, zkvalitnění vzdělávání praktických lékařů a zvýšení motivace k poskytování programu.

Klíčová slova: závislost na heroinu, buprenorfin, substituční program, praktičtí lékaři, retence.

SUMMARY

**Večeřová-Procházková A., Csémy L., Staňková Z., Molnárová M., Jacobs (Exnerová) P.,
Kožený J., Kobližková R., Čápková E., Peláková K.: Retention in Substitution Programm
by Buprenorphine**

Objective: The major objective of the study is to compare retention in maintenance therapy with buprenorphine provided in different treatment settings.

Methods: One hundred and thirty two heroin dependent patients were studied for a period of three months. The mean age of the subjects was 25 years; males were overrepresented in the sample (76 %). The Czech adaptation of Europ-ASI was used for patient's assessment at intake, relevant information from medical records were collected as well.

Results: The average length of stay in programme was 57.4 days. No significant differences were found in retention in three treatments settings (specialized centre for substitution, general practitioner, and combination of those two). The full three month treatment period was completed by 35 % of patients. Again, there were no differences in treatment completion by treatment setting. The impact of psychosocial factors on retention is discussed briefly.

Conclusion: The results suggest that prescription of buprenorphine by general practitioners led to comparable retention and treatment completion as treatment in specialised centres. We can conclude that buprenorphine maintenance may be effective in routine services provided by general practitioners.

Key words: dependence on heroin, buprenorphine, maintenance programme, general practitioners, retention.

Čes. a slov. Psychiat., 103, 2007, No. 7, pp. 329–335.

ÚVOD

Závislost na heroinu je významným problémem. Odhaduje se, že v ČR je cca 32 000 problémových uživatelů drog a z toho cca 11 500 problémových uživatelů opioidů. Zatímco v roce 1995

byla incidence nově evidovaných žadatelů o prvotní léčbu 24 na 100 000 obyvatel, bylo to v roce 2005 již 46 osob. Z toho počty nově evidovaných uživatelů heroinu je cca 20 %, což představuje dlouhodobě stabilní trend [6]. Ročně nově přibývá asi 700 registrovaných uživatelů opioidů, kteří žádají o léčbu. Stále zůstává vysoký počet problémových

uživatelů, kteří nevyužívají, nebo z nejrůznějších důvodů nemohou využívat služby drogové prevence a terapeutických programů.

Substituční léčba závislostí na opioidech je standardním terapeutickým postupem, zaměřeným na „harm reduction“. V léčbě závislosti na heroinu je využíván v USA od 70. let, a zejména následně pro prevenci a redukci následků AIDS od 80.–90. let 20. stol. V ČR byl zaveden metadonový program v Apolináři od roku 1997. Podstatou substituční léčby je náhrada původně užívané návykové látky získávané ilegálně (heroin), s krátkým účinkem, s neznámou koncentrací, často s toxickými příměsemi, aplikovanou rizikově (i.v. nesterilně), látkou s výhodnějším profilem s dlouhodobým účinkem v organismu, s definovanou koncentrací, bez toxických příměsí a účinků, aplikovanou většinou p.o. a podávanou lege artis.

Dle doporučení EMCDDA (EMCDDA, Drugs in focus 1/2002) má být substituční léčba součástí komplexního systému léčby závislostí na opioidech, protože představuje klíčovou komponentu strategie prevence HIV. Substituční léčba má být systematicky doplňována o psychosociální péči. Mezi další zásady patří také to, že široká nabídka různých látek a dávkování má umožnit optimalizaci léčby pro různé pacienty. Substituční léčba má být snadno dostupná a zahrnovat programy s různým prahem. Při realizaci substituční léčby by měli spolupracovat ambulantní lékaři se specializovanými službami (centry). Podíl (zastoupení) problémových uživatelů v substituční léčbě by měl být pravidelně monitorován.

Metodicky je substituční léčba v ČR definována ve Standardech substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Věstník MZ ČR, částka 6/2000, částka 4/2001), včetně kritérií pro přijetí do léčby. V ČR funguje od poloviny r. 2000 Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek. Registrační povinnosti podléhá nově od 1. 1. 2006 nejen léčba ve specializovaných substitučních centrech, ale ve všech zdravotnických zařízeních – tedy i léčba Subutexem v ambulancích praktických lékařů nebo specialistů. Plošné hlášení z jiných ordinací než specializovaných center nebylo dosud zavedeno.

Podle zmíněného standardu jsou látkami určenými k lege artis substituční léčbě závislosti na opioidech metadon a buprenorfin. Klienti zařazení do substitučního programu musejí splňovat kritéria definice závislosti podle MKN-10. Dále věstník definuje substituční léčbu jako takovou (harm reduction, časově neomezená udržovací léčba) a typy substituční léčby. Ve Standardu jsou dále obsaženy vstupní podmínky (vyšetření, kontra/indikace) a schémata terapie (dávka, nefarmakologické složky, hodnocení).

Zneužívání a závislost na návykových látkách jsou spojeny se zvýšenou morbiditou, mortalitou, nežádoucím ovlivněním sociálních okolností, dále

jsou doprovázeny ztrátou produktivity na trhu práce, zvýšenou spotřebou lékařské a zdravotnické péče a konflikty se zákonem a v neposlední řadě výdaji veřejného i privátního sektoru za účelem odstranění škod napáchaných trestnou činností [14].

Zvýšení dostupnosti substituce opioidů přináší pozitivní trendy zejména ve formě snížení kriminality, snížení poptávky po heroinu, zlepšení kontaktu (streetwork) čili lepší záchyt problémových uživatelů, snížení potřeby poskytování první pomoci a snížený počet předávkování opioidy (56:21) [6]. Metadon se v Evropě považuje za nejrozšířenější substituční látku, přestože je výdej spojen s řadou omezení, interakcí i kontraindikací.

V ČR je distribuce metadonu omezena na specializovaná substituční centra, která jsou organizována převážně na krajské úrovni. Nepokryty zůstávají kraje Plzeňský, Pardubický, Vysočina a Zlínský. V r. 2005 bylo v deseti substitučních programech léčeno celkem 758 osob, z toho 525 metadonem a 233 Subutexem. Nejvytíženější jsou programy v Praze a v Ústí nad Labem, což odpovídá regionální distribuci prevalence problémových uživatelů opiátů, která je v těchto krajích nejvyšší.

Vysoký počet relapsů, které následují bezprostředně po detoxifikaci, a restriktce spojené s výdejem metadonové substituce vedly k úsilí o nalezení a využívání alternativních farmakoterapeutických přístupů a způsobů léčebných schémat, které by přispěly k udržení pacientů v léčebném režimu.

Od roku 2001 je v ČR bez preskripčního omezení dostupný buprenorfin (f.o. Subutex, Temgesic), přípravek účinný pro léčbu opiátové závislosti. V první fázi, která bezprostředně následovala po jeho zpřístupnění, došlo k prudkému zvýšení poptávky pacientů po této formě léčby a snaze lékařů buprenorfin předepisovat. Tato snaha postupně opadá, což souvisí především s rostoucím zklamáním předepisujících lékařů z výsledků jejich snažení, a zejména únikem buprenorfinu na černý trh. V Praze existuje černý trh se Subutexem jako prodej a nákup malých množství tablet Subutexu mezi jednotlivými uživateli. Není znám velký dodavatel ani dealer, který by nabízel nelegálně získaný Subutex ve větším množství. S největší pravděpodobností pochází veškerý Subutex objevující se na černém trhu z lékáren, kde je vyzvednut na předpis, a poté (zčásti) načerno prodán. V únoru až červnu 2006 proběhl dotazníkový průzkum ve spolupráci NMS a o.s. SANANIM mezi klienty kontaktního centra a terénního programu. Celkem 56,1 % respondentů užívá Subutex získaný u lékaře nebo na černém trhu (z toho 24,2 % respondentů užívá Subutex získaný od lékaře, 37,9 % Subutex získaný na černém trhu). Pouze Subutex užívá 41,4 % klientů, injekční aplikaci uvádí 95,1 % z nich [6].

Opatřením, které rovněž vedlo k omezení preskripce, bylo zvýšení regulace předepisování tohoto preparátu na recept s „modrým pruhem“.

Oba důvody mohou vyústit ve snížený zájem lékařů primární péče o předepisování buprenorfinu, přeliv pacientů z primární péče do finančně náročnější a pacienty již naplněné specializované psychiatrické péče, a poté i systémově sníženou dostupnost substituční léčby v ČR.

Buprenorfin, registrovaný FDA pro udržovací léčbu závislostí, má jedinečný farmakologický profil, který navozuje možnost užití i mimo specializovaná pracoviště, například v primární péči. Je to partiální agonista m-opioidních receptorů, antagonist a k-receptorů. Jde o látku farmakologicky příbuznou morfinu, ale oproti jiným substitučním látkám má několik výhod: ačkoliv jeho subjektivní účinky jsou velice podobné ostatním opioidům, má menší závislostní potenciál, navozuje menší euforii po p.o. podání, má méně závažný odvykací stav při přerušení jeho podávání, výhodou je rovněž tzv. „stropový“ efekt, který např. oproti metadonu zabraňuje smrti z předávkování [10] a možnost jeho účinného podávání pouze 3x týdně [13]. Nevýhodou je jeho vyšší cena v porovnání např. s metadonem. Resnick [11] rovněž upozorňuje, že buprenorfin je vhodný pro tu subpopulaci pacientů závislých na opiátech, kteří jsou již více motivováni ke změně než klienti metadonové substituce, a přitom pro ně ještě není přijatelná léčba orientovaná k abstinenci, a pro pacienty, kteří oproti metadonovým klientům mají vyšší úroveň psychosociálního fungování.

V současné době k předepisování buprenorfinu dochází především prostřednictvím dvou typů zdravotnických zařízení – specializovaných substitučních středisek, a to včetně specializovaných ordinací, a lékařů primární péče. Vzhledem k tomu, že substituční terapie v České republice je stále v počáteční fázi, pro rozhodovací procesy v oblasti koncepce rozšiřování substituční léčby má právě v současné době maximální význam výzkum zaměřený na nalezení nejvhodnějšího způsobu poskytování této péče stejně jako na ověření úspěšnosti a reálnosti léčby v různých typech zařízení. Dřívější výzkum prokázal možnost úspěšné detoxifikace a udržovací terapie v AT specializovaných centrech. Rovněž byla prokázána možnost stabilizovaného pacienta úspěšně předat do ambulantní sféry. Obecně vnímaným předpokladem je, že specializovaná centra mají personál s větším vzděláním a dovednostmi v oblasti péče specializované na léčbu závislostí, a proto bude úspěšnost jejich léčby buprenorfinem vyšší v porovnání s úspěšností lékařů primární péče, kteří specializaci v tomto oboru nemají.

Jako kritickou periodu uvádějí jak specialisté na léčbu závislostí, tak i praktičtí lékaři počáteční fázi, tj. nastavení dávky a stabilizaci pacienta. Výhodnou variantou se tedy zdá být kombinace substitučního centra – praktický lékař, kdy by substituční centrum mělo pacientovi nastavit dávku, stabilizovat a předat praktickému lékaři, který by

v léčbě pokračoval. Studie rakouských autorů [9] ukazuje vysokou účinnost (60% retence, N=60) u pacientů s nastavením dávky a 3 týdny stabilizovaných specializovaným substitučním střediskem, a poté předaných praktickému lékaři. O'Connor a spol. [7] zjistili retenci vyšší u pacientů léčených v jednotce specializované středisko – praktický lékař (78 %, 18 z 23) než pouze ve specializovaném středisku (52 %, 12 z 23; P=0,06) během 12týdení léčebné periody.

V systémově zajištění dostupnosti substituční léčby mohou hrát velmi výraznou roli lékaři primární péče. Proveditelnost a bezpečnost předepisování buprenorfinu v praxi praktického lékaře již byla prokázána mnoha studii [2, 11, 12]. Výhodou je zde především větší dostupnost a přístupnost (accessibility) jejich služeb, možnost flexibilnějšího plánování léčby a integrace závislých pacientů do obecné patientské populace (NIDA, 2003).

V USA již v r. 2002 doporučovaly Instituty NIH a NIDA restrukturalizaci regulačních procesů v substituční léčbě závislostí na opioidech, včetně navýšení péče v primární linii. Nastavení zabezpečení primární péče představuje výhodné uspořádání již samo o sobě. Předpokládá se, že s postupujícím nárůstem uživatelů návykových látek se praktičtí lékaři nevyhnu ošetřování zvýšeného množství pacientů s problematikou závislosti. Potenciální výhody zahrnují vyšší počet a geografické rozmístění sítě praktických lékařů a ordinací oproti specializovaným AT a substitučním centřům, automaticky zvýšenou pozornost věnovanou případným souběžně probíhajícím onemocněním, destigmatizace pacientů docházejících do ordinace praktického lékaře a snížení kontaktu s dalšími uživateli [1]. V podmínkách ČR formulovaly potřebu nutnosti zvýšení dostupnosti a rozšíření kapacity substitučního programu rovnoměrně na celém území republiky Usnesení vlády č. 1045/2000 k Národní strategii protidrogové politiky na období 2001-2004 a Usnesení vlády č. 549 + P/2003 k závěrům Projektu PHARE Twinning 2000 Posílení národní protidrogové politiky.

Náš výzkum se zaměřuje na průkaz možnosti a účinnosti při provádění inicializace i udržovací terapie buprenorfinem s psychosociální podporou u pacientů v primární péči v podmínkách ČR. Primárními výstupy přitom byla míra retence (setrvání) pacientů v léčbě, míra dokončení léčebného programu v délce sledování 13 týdnů, důvody nedokončení programu. Studie přinesla i zajímavé informace o ochotě praktických lékařů k provádění substituční léčby.

METODY

Uspořádání studie. Výsledky prezentované v této práci se opírají o sledování souboru 132 pacientů zařazených do tří forem substituční léčby

buprenorfinem. První formou byla substituční léčba ve specializovaném zařízení, které provozuje K-centrum Ústí nad Labem. Druhou formou byla kombinace léčby ve specializovaném centru po dobu jednoho měsíce a pak předání pacienta do pokračování v léčbě v praxi praktického lékaře. Poslední, třetí formou, bylo poskytování buprenorfinu praktickým lékařem od počátku. Praktičtí lékaři, kteří se do projektu zapojili, byly seznámeni s cíli studie a dále také se způsobem poskytování substituční léčby dle doporučených standardů, pokud dosud se substitučním programem neměli zkušenosti. Zařazování pacientů do tří forem poskytování substituce buprenorfinem bylo prováděno randomizací z jednoho centra.

Použité metody. Základní metodou pro zjišťování vstupních dat byl Index závažnosti návykového chování, česká adaptace European Addiction Severity Index [5], dotazník Severity of dependence Scale [3], Eysenckův osobnostní dotazník v překladu J. Koženého, další informace z lékařské dokumentace týkající se relevantních zdravotních okolností pacienta.

Charakteristiky souboru. Ve sledovaném souboru 132 pacientů bylo 100 mužů (76 %), průměrný věk mužů a žen se nelišil (25,6 let u mužů a 25,1 let u žen). Pouze základní vzdělání mělo 52 % vzorku, výuční list pak dalších 41 % a vyučení s maturitou 3 %, úplné střední vzdělání mělo 6 z dotázaných (4,5 %). Pokud jde o zaměstnání, více než polovina souboru byla v době sledování bez pracovního poměru (52 %), v zaměstnání na plný pracovní úvazek uvedlo 35 % vzorku, ostatní (13 %) udávali částečný úvazek či příležitostnou práci, důchod, studium, práci v domácnosti atp. Stálý partnerský vztah uvedla polovina souboru, 9,4 % přiznalo, že udržuje vztahy s více partnery současně (promiskuitní soužití), aktuálně nemělo sexuálního partnera 40,6 % vzorku.

VÝSLEDKY

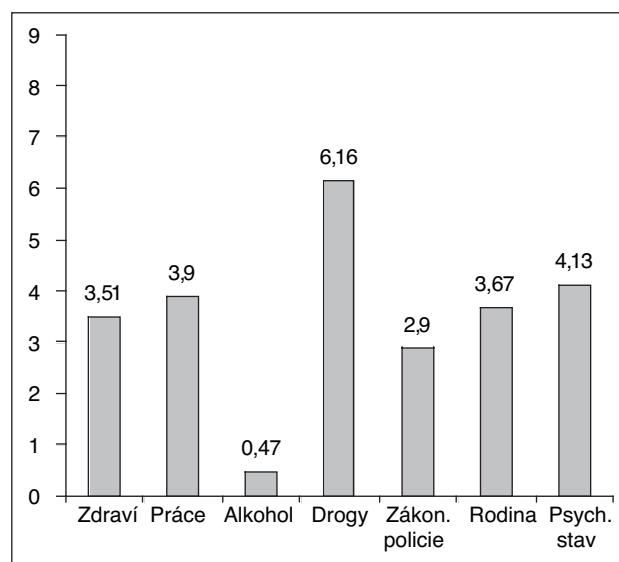
Historii užívání heroínu, resp. aktuální zkušenosti v době před zahájením substitučního programu, shrnuje tabulka 1. Z poznatků v tabulce 1 je zřejmé, že pacienti v našem vzorku začínali s užíváním heroínu v raném věku. V průměru to bylo ve věku 18 let, avšak více než čtvrtina souboru měla první zkušenost s heroínem již ve věku do 15

Tab. 1. Přehled zkušeností vztahujících se k heroínu.

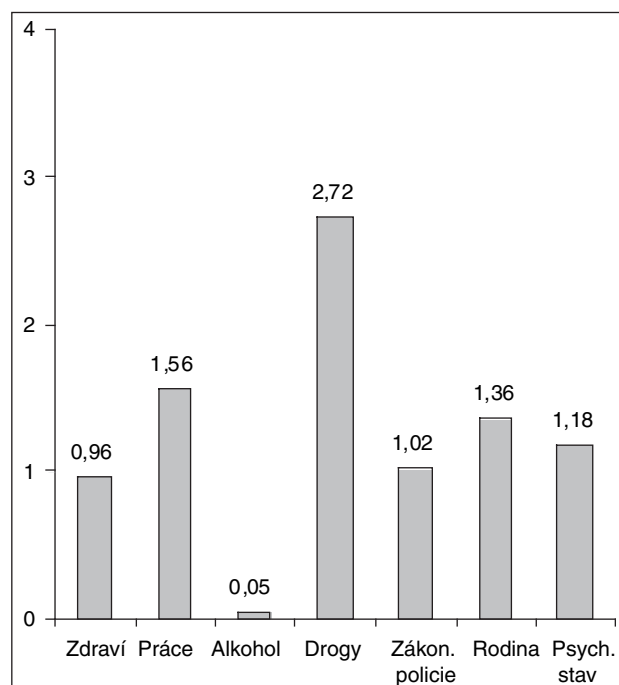
Průměrný věk prvního užití heroínu	18 let
Zkušenost s heroínem do věku 15 let	27,7 % souboru
Průměrná délka užívání heroínu	7,5 roků
Počet dnů užívání heroínu z posledních 30	18 dnů
Injekční aplikace drogy	95,4 % souboru
Inj. aplikace drogy denně v posl. měs.	69 % souboru
Útrata za drogy v posl. měsíci	24 500 Kč

let. Průměrná délka užívání heroínu byla 7,5 let. Injekční aplikaci jako převládající uvedlo 95 % pacientů a ještě v posledním měsíci před zahájením programu 69 % pacientů užívalo heroín injekčně denně. Pořizování drogy představuje zhruba 24 až 25 tisíc Kč měsíčně. Je zřejmé, že jde o částku, kterou legální příjmy z pracovní činnosti pokryjí jen u zanedbatelné části závislých.

Strukturovaný diagnostický rozhovor *Index závažnosti návykového chování*, který jsme použili jako nástroj pro vyšetření vstupních charakteristik pacientů, umožňuje posoudit psychosociální fungo-



Graf 1a. Závažnost problémů ve sledovaných oblastech podle pracovníka substitučního centra (škála 0-9).



Graf 1b. Závažnost problémů ve sledovaných oblastech podle dotazovaného (škála 0-4).

Tab. 2. Zastoupení pacientů ve třech formách substitučního programu.

	N	%
Specializované substituční centrum	32	24 %
Kombinace specializované centrum, poté praktický lékař	45	34 %
Ordinace praktického lékaře	55	42 %
Celkem	132	100 %

vání v sedmi oblastech (problémy v oblasti zdraví, práce rodiny, psychického stavu, dodržování zákonů, alkoholu a drog). Posouzení problémů v těchto oblastech se děje jednak samotným pacientem a současně také pracovníkem, který vyšetření provádí, v našem případě to byl vždy pracovník daného léčebného zařízení. Výsledky na grafech 1a a 1b naznačují vysokou míru shody mezi sebe posouzením a posouzením zdravotnickým pracovníkem. Jako nejzávažnější se jeví problém v oblasti užívání drog, dále pak problémy v oblasti práce, psychického zdraví a rodiny. Je zajímavé, že oproti uvedeným oblastem je oblast dodržování zákona vnímána jako méně problémová, i když právě v této oblasti dochází u pacientů k porušením, která jsou často předmětem policejního vyšetřování a soudního stíhání (graf 1a, graf 1b).

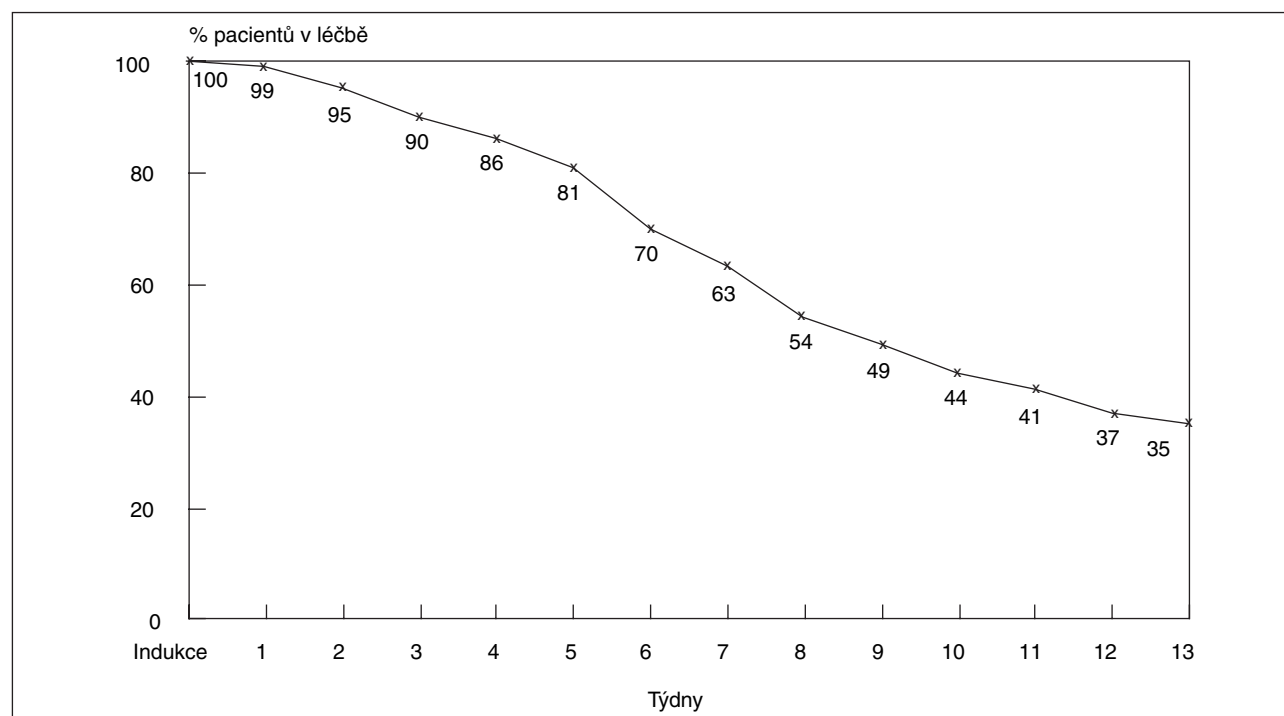
Rozložení pacientů ve třech formách poskytování buprenorfinu je naznačeno v tabulce 2. Podmínky pro léčbu pacientů ve všech třech zmíněných formách léčby byly stejné, pacienti nebyli nijak zvýhodněni oproti terapii za běžných podmínek. Jejich účast v programu byla dobrovolná a realizovala se na základě písemného informovaného sou-

hlasu. Oproti terapii za běžných podmínek byl jediný rozdíl v tom, že pacienti, účastníci se výzkumu, dostávali drobnou odměnu jako kompenzaci za čas věnovaný výzkumnému vyšetření.

Pacienti zařazení do tří forem léčby se nelišili v základních demografických charakteristikách (věk, pohlaví), ani v subjektivně posouzené míře síly závislosti prostřednictvím škály SDS. Průměrná denní dávka buprenorfinu byla 8 mg denně. Byla zjištěna středně vysoká korelace mezi skórem v SDS (subjektivně pocíťovaná síla závislosti) a průměrnou dávkou ($r = 0,34$).

Vývoj retence v průběhu 13týdenního sledování je naznačen na obr. 2. Celková míra retence byla po 3 měsících 35 %. Během prvních čtyř týdnů vypadlo jen 16 procent pacientů. Nejvýraznější byl pokles mezi pátým a devátým týdnem programu, kdy z programu vypadla téměř třetina pacientů (pokles z 81 % na 49 %). Během posledního měsíce byl drop-out opět mírnější (pokles ze 49 % na 35 %) (graf 2).

Setrvání v programu, resp. míru jeho dokončení ve třech sledovaných formách léčby, jsme testovali jednak porovnáním průměrného počtu dnů v programu a jednak porovnáním počtu pacientů, kteří po dobu tří měsíců v programu setrvali (tj. dokončili program ve sledované délce). Průměrný počet dnů v programu byl nejnižší ve variantě, kdy podávání buprenorfinu probíhalo od počátku v ordinaci praktického lékaře (52,3 dny). V kombinované formě a ve specializovaném substitučním centru byla průměrná délka setrvání v léčbě v podstatě stejná (asi 61 dnů). Při porovnání rozdílu



Graf 2. Retence v substitučním programu od jeho zahájení do 13. týdne (uvedené hodnoty jsou procenta pacientů v léčbě).

Tab.3. Průměrný počet dnů v léčbě a procento dokončení léčby v závislosti na typu léčby.

Dokončení programu	Prům. počet dnů v programu	%
Specializované substituční centrum	60,5	37,5
Kombinace specializované centrum, poté praktický lékař	61,4	31,1
Ordinace praktického lékaře	52,3	35,7

Tab. 4. Důvody nedokončení léčebného programu.

	%
Užití jiné nedovolené drogy (nález drogy v moči)	60,5
Opakované vynechání návštěvy, přerušeni kontaktu apod.	27,9
Hospitalizace, operace	2,3
Vězení, vazba	1,2
Těhotenství	1,2
Pracovní důvody	1,2
Jiné důvody	5,8

skupinových průměrů ANOVOU se rozdíly mezi třemi formami ukázaly jako statisticky nevýznamné ($F = 1,46$, $P = 0,237$). Ještě menší byly rozdíly mezi formami podávání buprenorfinu v dokončení léčby, zde míra dokončení variovala mezi 31,1 % u kombinované formy a 37,5 % u specializovaného zařízení. Ani v tomto porovnání nebyly rozdíly mezi třemi formami podávání buprenorfinu statisticky signifikantní ($\chi^2 = 0,392$, $P = 0,822$) (tab. 3).

Důvody nedokončení programu byly u všech tří skupin v podstatě stejné, proto je uvádíme sumárně za celý vzorek v tabulce 4. Nejčastěji se objevuje porušení pravidel programu, tj. užívání drogy a průkaz užívání v moči 60,5 %. Na dalším místě se objevuje nedodržení pravidelného kontaktu se zdravotnickým zařízením, opakované vynechávání domluvené návštěvy, přerušeni kontaktu na delší dobu. Tyto dva důvody představují 88 % všech drop outů z programu. Ostatní důvody v porovnání s těmito mají jen parciální význam.

DISKUSE

V této práci jsme sledovali dva hlavní cíle. Prvním bylo zjistit celkovou míru retence v substitučním programu buprenorfinem, druhým pak posoudit možnosti, resp. efektivitu poskytování substitučního programu v různých formách. Výsledky naznačují, že v průměru se vzorek námi sledovaných pacientů udržel v programu přibližně dva měsíce a 13týdenní sledování dokončilo 35 % pacientů. Svým uspořádáním se naší práci nejvíce podobá práce nedávno publikovaná v Rakousku [9]. Ve srovnání s rakouskou studií byla retence v našem vzorku nižší. Důvodů může být několik. Jednak soubor sledovaný v Rakousku byl podstatně menší (celkově jen 60 pacientů), ovšem podstatnější zde mohou být rozdíly v demografických charakteristikách souboru, které však nelze statisticky vyhodnotit. V případě naší studie se jednalo o pacienty z Ústí nad Labem, pro něž byla charakteristická relativně nízká vzdělanostní úroveň a vysoká míra nezaměstnanosti. Oproti

rakouskému souboru vykazoval náš vzorek delší dobu užívání heroinu a začátek užívání heroinu v nižším průměrném věku (18 let oproti 21 let v rakouské studii). Celková délka užívání heroinu stejně jako raný začátek jsou faktory, které mohou ovlivnit úspěšnost léčby.

Velmi významným poznatkem naší práce je skutečnost, že efektivita poskytování substituce měřená celkovou dobou setrvání v programu a dokončením tříměsíčního sledování se nelišila v závislosti na formě poskytování substituce. Výsledky naší práce tak potvrzují dobrou možnost aplikace programu v podmínkách činnosti praktických lékařů v ČR. Tento nález je v souladu se zahraničními zkušenostmi z této oblasti, jak byly naznačeny v úvodu práce [2, 11, 12]. Ověření srovnatelných výsledků poskytování buprenorfinu v praxi praktického lékaře s poskytováním ve specializovaném centru a kombinovanou formou zamená, že lze skutečně s úspěchem využívat praktiků. V praktické rovině to znamená podstatné rozšíření možností substituce a zvýšení dosažitelnosti služby mimo specializovaná centra. Na této skutečnosti nic nemění ani fakt, že se buprenorfin rozšířil na drogové scéně jako látka intravenózně zneužívaná mimo substituční programy. V souvislosti se substitučním programem je zásadní dodržování standardů, za nichž se provádí. Pokud je možnost úspěšného poskytování substituce buprenorfinem v ordinaci praktického lékaře jedním z výsledků, který považujeme v naší studii za důležitý, neznamená to, že taková praxe je zcela bez problémů.

Ukázalo se, že existuje celá řada bariér, které ztěžují rozšíření tohoto programu. Jako nejčastější problémy se ukazují a) negativní zkušenosti s problematickými pacienty závislými na návykových látkách, b) obavy z problémového chování v ordinaci, c) nízká satisfakce z práce s obtížnou klientelou, vyplývající z někdy problematické spolupráce pacienta s lékařem. To vše někdy vede u praktických lékařů k tendenci předávat pacienty zpět do péče specializovaných zařízení. Mnohé z problémů, které se v případě substitučního programu u praktického lékaře objevují, lze řešit. Podmín-

kou je ovšem výrazné zkvalitnění vzdělávání lékařů v problematice substituční léčby a zvýšení motivace lékařů tuto službu poskytovat.

Vysoký počet mladých lidí závislých na heroinu a opiátech a u mnoha z nich nedostatečná motivace (nebo nepřipravenost) pro léčbu zaměřenou na abstinenci, představují okolnosti, které vymezují místo a smysl substitučních programů v systému léčby závislosti.

Článek vznikl s podporou grantu č. 406-05-2420.

LITERATURA

1. **Fiellin, D. A., Pantalon, M. V., Pakes, J. P., O'Connor, P. G., Chawarski, M., Schottenfeld, R. S.:** Treatment of heroin dependence with buprenorphine in primary care. *Am. J. Drug Alc Abuse*, 28, 2002, pp. 231–241.
2. **Fudala, P. J., Bridge, T. P., Herbert, S., Williford, W., Chiang, N., Jones, K., Collins, J., Raisch, D., Casadonte, P., Goldsmith, J., Ling, W., Malkernek, U., McNicholas, L., Renner, J., Stine, S., Tusel, D.:** Office based treatment of opiate addiction with a Sublingual-tablet formulation of Buprenorphine and Naloxon. *NEJM*, 349, 2003, pp. 949-958.
3. **Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., Strang, J.:** The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 1995, 5, pp. 607-614.
4. **Kožený, J.:** Odhad EPQ/A skóru na podkladě krátké verze EPQ/S. *Čs. psychol.*, 4, 1999, 1, s. 14-19.
5. **Kubička, L., Csémy, L.:** Validita české verze EuropASI. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 33, 1998, 5, s. 307-315.
6. **Mravčík, V., Lejčková, P., Orliková, B., Petrošová, B., Škrdlantová E., Trojáčková, A., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J.:** Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. Praha, Úřad vlády ČR. 2006.
7. **O'Connor, P. G., Oliveto, A. H., Shi, J. M., Triffleman, E. G., Carroll, K. M., Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., Pakes, J. A., Schottenfeld, R. S.:** A randomized trial of buprenorphine maintenance for heroin dependence in a primary care clinic for substance users versus methadone clinic. *American Journal of Medicine*, 105, 1998, pp. 100-105.
8. **Office-Based Therapy for Opiate Addiction Successful;** NIDA-Newsroom. 2003.
9. **Ortner, R., Jagsch, R., Schindler, S. D., Primorac, A., Fischer, G.:** Buprenorphine maintenance: Office-based treatment with addiction clinic support. *Eur. Addict. Res.*, 10, 2004, pp. 105-111.
10. **Resnick, R. B., Galanter, M., Resnick, E., Pycha, C.:** Buprenorphine treatment of heroin dependence (detoxification and maintenance) in a private practice setting. *Journal of Addictive Disorders*, 20, 2001, pp. 1-3.
11. **Resnick, R. B., Resnick, E., Galanter, M.:** Buprenorphine responders: a diagnostic subgroup of heroin addicts? *Prog Neuropsychopharm & BPJ*, 65, 2002, pp. 1056-1067.
12. **Rosack, J.:** Buprenorphine efficacy shown in office-based practices. *Psychiatr News*, 38, 2003, N19.
13. **Schottenfeld, R. S., Pakes, J., O'Connor, P. G., Chawarski, M., Oliveto, A. H., Kosten, T. R.:** Thrice-weekly versus daily buprenorphine maintenance. *Biol. Psych.*, 47, 2000, pp. 1072-1079.
14. **Simoens, S., Matheson, C., Bond, Ch., Inkster, K., Ludbrook, A.:** The effectiveness of community maintenance with methadone or buprenorphine for treating opiate dependence *BJ. Gen. Pract.*, 55, 2005, pp. 139–146.

*MUDr. Alena Večeřová-Procházková
CEPROS
Vyšehradská 49
128 00 Praha 2
e-mail: prochazkova.alena@atlas.cz*

RECENZE KNIHY

Acta Psychiatrica Postgradualia Bohemica 4/2007

Nakladatelství Galén, 2007, 44 stran.
ISBN 978-80-7262-407-2

Sborník odborných textů *Acta psychiatrica postgradualia bohemica* vychází letos již jako čtvrtý svazek. Obsahuje in extenso práce, které byly napsány v roce 2005 ke specializační atestaci z psychiatrie II. stupně. Péči o nastupující generace psychiatrů je nyní věnována velká pozornost. Drobným příspěvkem v tomto směru jsou i *Acta psychiatrica postgradualia bohemica*.

Psychiatrie se v posledních desetiletích výrazně rozvíjí. Přibývá nebyvalou měrou nových poznatků. Je nesnadné se v nich orientovat. V této souvislosti zaslouží oba autoři, jejichž práce byly do sborníku zařazeny, MUDr. Kryštof Derner a MUDr. Jan Roubal, vřelé uznání. První shrnul

do svého textu *Deprese s pozdním začátkem* 62 převážně zahraničních pramenů. Práce MUDr. Jana Roubala *Přehled psychoterapeutických možností u deprese* vychází ze sedmi desítek citací. Cílem edice *Acta psychiatrica postgradualia bohemica* je přinášet souhrnné práce, které by mohly pomoci ve studiu nejen mladším, ale i zkušenějším kolegům. Obě uvedené práce tento cíl naplňují.

Děk za pečlivou redakční přípravu publikace patří nakladatelství Galén a IPVŽ za podporu této myšlenky. Sborník připravil Jiří Beran.

Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.