



**Министерство здравоохранения и социальной защиты населения
Республики Таджикистан**

**Республиканский клинический центр наркологии
имени профессора М.Г.Гулямова**

**Клиническое руководство по диагностике и терапии
наркологических заболеваний**

ДУШАНБЕ 2014

«Согласованно»
Руководитель постоянно действующий
рабочей группы специалистов по
координации хода разработки и
утверждения клинических руководств
на основе доказательной медицины
_____ З.Я. Рахимов
«_____» _____ 2014 года

«Утверждаю»
Министр здравоохранения
и социальной защиты
населения Республики
Таджикистан
_____ Н. Салимзода
«_____» _____ 2014 года

Клиническое руководство по диагностики и терапии наркологических заболеваний рассмотрено постоянно действующей рабочей группой при Министерстве здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан по координации процесса разработки и утверждения клинических руководств, основанных на доказательной медицине, и утверждено Приказом МЗ и СЗ. РТ от «__» _____ 20__ г № _____

Клиническая проблема
Опиоидная зависимость

Название документа
Клиническое руководство по диагностики и терапии наркологических заболеваний

Цель создания Клинического руководства
Создание единой методологии по направлению диагностики и терапии опиоидной зависимости, базирующейся на принципах доказательной медицины и отражающей достижения передовой мировой науки и практики.

Целевые группы
Врачи, медицинские сестры, психотерапевты, социальные работники, фармацевты и руководители медицинских учреждений.

Применимость
Клиническое руководство по диагностики и терапии наркологических заболеваний

Планируемая дата обновления
Пересмотр данного руководства запланировано на 2016 год, либо в более ранние сроки в случае появления новых научных данных и доказательств.

Комментарии и пожелания по содержанию клинического руководства приветствуются.

Контактная информация

Республиканский клинический
центр наркологии
Душанбе, Таджикистан
ул. 40-лет Победы, 3
факс: +992(377) 2347891;
тел.: +992(372) 2340587
email: rahim_malakhov@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ

1. Предисловие	4
2. Состав рабочей группы и консультантов.....	5
3. Методы разработки руководства.....	7
4. Список сокращений.....	9
5. Введение.....	10
6. Определение основных понятий	14
7. Острая интоксикация	19
7.1. Основные диагностические критерии	19
7.2. Передозировка опиоидами	20
7.3. Лечение передозировки.....	21
8. Употребления с вредными последствиями.	21
8.1. Критерии диагностики	21
8.2. Условия и принципы терапии	22
9. Синдром зависимости от опиоидов.....	22
9.1. Диагностика синдрома зависимости.....	23
9.2. Основные клинические критерии.....	23
9.3. Оценка опиоидной зависимости.....	25
9.4. Осмотр.....	27
9.5. Лечение синдрома зависимости от опиоидов.....	28
9.6. Принципы лечения опиоидной зависимости	29
10. Абстинентный синдром F-11.3.....	29
10.1. Диагностика. Общие критерии	30
10.2. Терапия абстинентного синдрома.....	31
10.3. Детоксификация клонидином	32
11. Библиография.....	35

2. Состав рабочей группы и консультантов

Руководитель группы

Малахов М.Н.	Директор Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М. Г. Гулямова, к.м.н.
--------------	---

Состав разработчиков:

1.Шарипов Р.М.	Заместитель директора Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М. Г. Гулямова.
2. Маликов Н.В.	Заведующий отделением Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М. Г. Гулямова.
3.Раджабов А.	Заведующий организационно-методическим отделением Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М. Г. Гулямова.
4.Ибодов Ф.М.	Заведующий отделением Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М. Г. Гулямова.
5.Пак О.С.	Заведующий отделением Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М. Г. Гулямова.
6.Мисоков С.Н.	Заведующий отделением Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М. Г. Гулямова.

Консультанты:

Шаропова Н.М.	Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии им. проф. М. Г. Гулямова, ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор.
Бойбобоев А.А.	Заведующий курсом психиатрии и наркологии ТИППМК к.м.н., доцент.

Консультативная и методологическая поддержка:

Рахимов З.Я.	Главный специалист по кардиологии и клинической фармакологии МЗ и СЗН Республики Таджикистан. Заведующий кафедрой кардиологии и клинической фармакологии ТИППМК к.м.н., доцент.
Холов С.С.	Координатор ICAP в Республике Таджикистан, Региональный Координатор по ОЗТ

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по созданию данного клинического руководства все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для диагностики и лечения при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением опиоидов. В процессе апробации и рецензирования клинического руководства были получены комментарии и рекомендации, которые были учтены при его доработке. После апробирования и получения комментариев и рецензий данный документ был утвержден Экспертным советом Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан.

3. Методы разработки руководства

Настоящее Клиническое руководство по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов разработано в соответствии с рекомендациями международной эффективной практики и на основе многолетнего практического опыта в Республике.

В данном руководстве были использованы рекомендации из клинического руководства ВОЗ по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением (2009г), а также использованы и адаптированы рекомендации из существующих клинических руководств (предпочтение отдавалось Кокрановским обзорам)

По каждому ключевому клиническому вопросу (Abstinence, Detoxification, Dependence, Opioid, Opioid intoxication, Opioid overdose, Withdrawal syndrome, abstinence syndrome, Tolerance, и т.д.) был проведен поиск литературы с целью выявления современных источников доказательств по данной теме. Качество фактических данных оценивалось по методике, описанной рабочей группой GRADE. Эта методика предполагает оценку качества фактических данных потому или иному вопросу с учетом значимости эффекта значения имеющихся данных для поставленного клинического вопроса, размера выборки в соответствующих испытаниях, методики проведения испытаний и постоянства полученных результатов.

В данном руководстве приведены рекомендации в отношении действий на уровне политики или системы здравоохранения, которые определяются как "минимальные", либо "оптимальные или передовая практика» (ВОЗ, 2009):

◦ **Минимальные** рекомендации предлагаются для внедрения во всех организациях и во всех условиях в качестве минимального стандарта; их необходимо рассматривать как минимальные требования к предоставлению лечения опиоидной зависимости

◦ **Оптимальные** рекомендации представляют собой предпочтительные стратегии достижения передовой практики для общественного здравоохранения при осуществлении лечения опиоидной зависимости.

Шкала уровней доказательности

Все рекомендации в Клиническом руководстве основаны на принципах доказательной медицины и разделены на следующие уровни:

А.	Данные получены из высококачественных мета-анализов, систематических обзоров, многоцентровых, рандомизированных клинических исследований (РКИ) с вовлечением большого количества пациентов
В.	Данные получены из ограниченного количества РКИ, с вовлечением небольшого количества пациентов, или из тщательного анализа не

	рандомизированных клинических исследований
С.	Данные основаны на результатах по меньшей мере одного клинического испытания или описательные исследования без рандомизации, исследования серия случаев
Д.	Данные получены из консенсусов, мнения экспертов, а также рекомендаций, основанных на клиническом опыте членов мультидисциплинарной группы

Учитывая темпы научных исследований в данной области, множество альтернативных тактик лечения, которые не были рассмотрены в этом проекте, а также относительно узкий круг публикаций по практическому опыту, накопленному на сегодняшний день в странах с ограниченными ресурсами, данное руководство, будет обновляться с учетом новых ключевых доказательств каждые три года. Следующий пересмотр планируется в 2016 году. Ответственность за обновление рекомендаций этого руководства несет Республиканский центр наркологии Министерства здравоохранения Республики Таджикистан.

4. Список условных сокращений

АРВ	Антиретровирусные препараты
АРТ	Антиретровирусная терапия
АКН	Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВКК	Врачебно консультативная комиссия
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ГКНБ	Государственный комитет национальной безопасности
ГКФК	Государственный комитет по финансовому контролю
ГФСТМ	Глобальный фонд по борьбе со СПИД, туберкулез и малярией
ГУИУН	Главное управление по исполнению уголовных наказаний
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ЗП	Заместительный препарат
ЗТ	Заместительная терапия
ЗПТ	Заместительная поддерживающая терапия
ЗПТМ	Заместительная поддерживающая терапия метадоном
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ЛААМ	Левальфаацетилметадол
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
МЗи СЗН	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения
МВД	Министерство внутренних дел
МКБ-10	Международная классификация болезней 10 пересмотра
НКК	Национальный координационный комитет по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией
ННОТ	Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
НПО	Неправительственные организации
ООН	Организация объединенных наций
ПАВ	Психоактивные вещества
РТ	Республика Таджикистан
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СИЗО	Следственный изолятор
UNODC	Управление ООН по наркотикам и преступности

5. ВВЕДЕНИЕ

Наркотическая зависимость это сложное состояние, оказывающее глубокое воздействие на здоровье потребителей наркотиков, а также на благополучие населения и систему здравоохранения в целом, особенно если речь идет об инъекционных наркотиках. Лечение наркотической зависимости является сложнейшей медико-социальной проблемой и остается до сегодняшнего дня одной из актуальных. Особую остроту она приобрела с конца 90-х годов в связи с резким ростом заболеваемости ВИЧ/СПИД среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН).

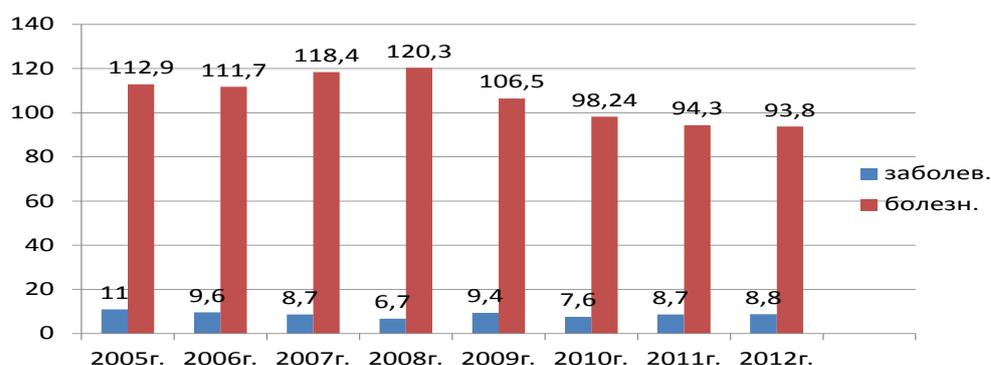
В настоящее время в мире насчитывается около 15,9 млн. людей, употребляющих инъекционные наркотики, из которых 3 млн. являются ВИЧ - положительными. ЛУИН уязвимы не только перед ВИЧ-инфекцией, но и перед такими заболеваниями, как вирусный гепатит, туберкулез, инфекции, передающиеся половым путем, и другими бактериальными заболеваниями. Более того, им угрожает смерть от передозировки.

Несмотря на то, что в последнее десятилетие в мире отмечается снижение темпов распространения ВИЧ инфекции, в странах Центральной Азии продолжается рост новых случаев ВИЧ инфекции (ЮНЭДС, 2009). Из оценочного количества в 3,1 миллион людей употребляющие инъекционные наркотик в странах Центральной и Восточной Европы, а также Центральной Азии, приблизительно 1 миллион инфицированы ВИЧ инфекцией.

Таджикистан, как и большинство стран мира и в особенности среднеазиатских стран, на протяжении последних лет сталкивается с большими проблемами, которые вызваны незаконным употреблением наркотических веществ и быстрым прогрессирующим ростом ВИЧ - инфицированных, в частности среди ЛУИН. По данным Республиканского Центра профилактики и борьбы со СПИД Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистана к концу 2013 года в Таджикистане было зарегистрировано 5550 случаев ВИЧ-инфекции, из которых 2878 или 53,5 % случаев зарегистрированы среди ЛУИН.

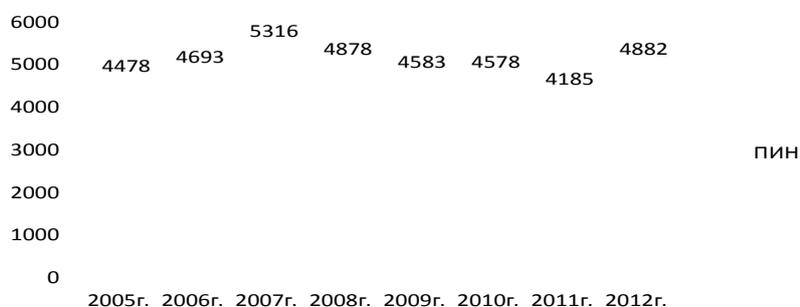
Анализ численности потребителей наркотиков, зарегистрированных учреждениями наркологической службы Республики Таджикистан, выявил выраженную тенденцию роста. (Рисунок 1).

**Ситуации с наркопотреблением в Р.
Таджикистан 2005-2012г. (на 100 000 населения)**



Из них более 67% являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) и являются одной из основных групп риска в отношении ВИЧ-инфекции и гепатитов.
Рисунок 2.

Динамика численность инъекционных потребителей наркотиков.



С 2001 года отмечается рост количества больных, употребляющих наркотики инъекционным путем. К 2013 году их число достигло 4837 человек или 67,2% от общего числа больных наркоманией. Рискованная практика многократного использования одного шприца, при внутривенном потреблении наркотиков, формирует один из основных и особо опасных путей передачи ВИЧ/СПИД-а в республике, который составляет 52,3 от всех зарегистрированных случаев инфицированности.

По данным Республиканского Центра профилактики и борьбы со СПИД-ом в 2013 году в Таджикистане зарегистрировано 5550 ВИЧ-инфицированных, из которых 2878 или 53,5 % являются потребителями инъекционных наркотиков.

Из общего числа инъекционных наркозависимых (ПИН) мужчины составляют 89,7%. Практически все потребители наркотиков практикуют незащищенный секс, что создает дополнительный риск распространения ВИЧ-инфекции половым путем. В 2013 году зарегистрировано 876 новых случаев инфицированности ВИЧ, из них 239 случаев (28%) из число потребителей инъекционных наркотиков. Как видно, показатель пути передачи инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков намного ниже, сравнительно предыдущим годам. Это в основном связано с внедрением в Республике программы снижения вреда от наркотиков и улучшением показателя охвата профилактическими программами этого контингента.

В связи с этим, в последние годы в структуре Министерства здравоохранения и социальной защиты населения при поддержке Правительства Республики Таджикистан реализуются программы снижения вреда от употребления наркотиков. В том числе, в наркологических учреждениях с целью предотвращения распространения ВИЧ инфекции и болезней, передающихся с кровью, была внедрена пилотная программа опиоидной заместительной терапии.

Всесторонняя стратегия предотвращения эпидемии ВИЧ там, где ее основной движущей силой является потребление наркотиков, должна включать программы, направленные на первичную профилактику потребления наркотиков. Однако подход ВОЗ рассчитан на деятельность в рамках сектора здравоохранения, в частности среди активных потребителей наркотиков и заключенных. ВОЗ признает, что профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа среди потребителей наркотиков и заключенных требует всестороннего подхода и широкого ряда мероприятий.

Необходимость проведения заместительной терапии в Таджикистане провозглашена в Программе по профилактике распространения наркозависимости и совершенствования наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2013-2017 годы (Постановление Правительства Республики Таджикистан № 183 от 30.04.2012г), а также в Программе по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республики Таджикистан на период 2010-2015 гг. (Постановление Правительства Республики Таджикистан № 62 от 30.10.2010г).

6. Определение основных понятий

Абстиненция (Abstinence)

Воздержание от употребления наркотиков. Лицо, принимающее назначенный врачом метадон, но не принимающее незаконных опиоидов, все равно считается находящимся в состоянии абстиненции. Не следует путать термин "абстиненция" с термином "абстинентный синдром", который относится к синдрому отмены.

Вредное употребление опиоидов (Harmful use of opioids)

Модель, или структура употребления психоактивных веществ, причиняющая вред здоровью (МКБ-10, шифр F11.1). Этот вред может быть физическим (например, в случаях гепатита, приобретенного в результате введения себе инъекционных психоактивных веществ) или психическим. Часто, но не всегда вредное употребление имеет негативные социальные последствия; однако сами по себе социальные последствия недостаточны для обоснования диагноза вредного употребления.

Гемотрансмиссивные заболевания (Bloodborne diseases)

Заболевания, такие как ВИЧ и гепатит В и С, которые распространяются путем контакта крови с кровью (например, при пользовании общими иглами).

Детоксикация (Detoxification)

Процесс, в ходе которого пациент выводится из-под действия психоактивного вещества. Применительно к клинической процедуре детоксикация означает процесс отмены психоактивного вещества, осуществляемый безопасным и эффективным способом, позволяющим минимизировать симптомы отмены. Учреждение, в котором это происходит, можно назвать центром детоксикации или наркологической клиникой.

Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961)

Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г. (с поправками, внесенными Протоколом 1972 года) является главным международным договором в области борьбы с наркотиками. Эта конвенция заменила собой ряд заключенных ранее конвенций и направлена на ограничение культивирования, производства, изготовления и использования наркотических средств медицинскими и научными целями и обеспечение их наличия для таких целей. В конвенции содержится перечень наркотических средств и изложены обязанности Сторон в отношении производства, изготовления, распределения и использования этих средств в своих странах. Ответственность за мониторинг соблюдения правительствами положений данного договора возложена на МККН, представляющий свои доклады в ЭКОСОС через КНС. В списки наркотических средств, приведенные в Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года, включен метадон.

Зависимость (Dependence)

Как общий термин означает состояние необходимости или потребности в чем-то или ком-то для поддержки либо для функционирования или выживания. Применительно к

опиоидам подразумевает необходимость повторного приема наркотического средства для обеспечения хорошего самочувствия или во избежание плохого самочувствия.

В 1964 г. Комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ввел термин "зависимость" вместо терминов аддикция и привыкание. Этот термин можно использовать в широком смысле применительно к зависимости от любых психоактивных лекарственных средств (например, наркотическая зависимость, химическая зависимость, зависимость от вещества), либо в более узком смысле - применительно к конкретному наркотическому средству или класс наркотических средств (например, опиоидная зависимость). Несмотря на то, что в МКБ-10 содержится конкретное определение зависимости, описываемое с помощью терминов, применимых ко всем классам психоактивных средств, у каждого отдельного психоактивного средства имеются отличия в симптомах зависимости.

Термин "зависимость" часто относится как к соматическим, так и к психологическим элементам зависимости от наркотических средств. В частности, психологическая или психическая зависимость означает состояние нарушенного контроля над употреблением наркотических средств (в том числе тягу и компульсивное влечение к употреблению наркотических средств), в то время как физиологическая или соматическая зависимость означает толерантность и симптомы состояния отмены (см. "нейроадаптация"). Однако в биологически ориентированных текстах термин "зависимость" часто используется для обозначения только соматической зависимости.

Термины "зависимость" или "соматическая зависимость" используются также в психофармакологическом контексте в еще более узком смысле и означают лишь развитие симптомов состояния отмены после прекращения употребления наркотического средства.

Конвенция о психотропных веществах 1971 года (Convention on Psychotropic Substances, 1971)

Конвенция о психотропных веществах 1971 года является вторым из международных договоров в области борьбы с наркотиками. Она дополняет Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 года. Ее цель заключается в обеспечении контроля над психотропными веществами, определенными в ней, и в предупреждении злоупотребления ими. В конвенции предусмотрен ряд обязанностей, которые несут Стороны. Ответственность за мониторинг соблюдения правительствами положений конвенции 1971 г. возложена на Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН), который представляет доклады Экономическому и Социальному Совету (ЭКОСОС) через Комиссию по наркотическим средствам (КНС) и следит за тем, чтобы, с одной стороны, психотропные вещества имелись в наличии для медицинского и научного использования, а с другой стороны, чтобы не происходило их отведения из законных источников в незаконный оборот. В конвенцию о психотропных веществах включен бупренорфин.

Наркотическое средство (Narcotic drug)

Наркотическими средствами являются вещества, включенные в Списки I и II Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года (см. выше), как природные, так и синтетические. Метадон является наркотическим средством.

Нейроадаптация (Neuroadaptation)

Изменения в нейронах, связанные как с толерантностью, так и с появлением синдрома отмены. У людей нейроадаптация может проявляться без признаков когнитивного или поведенческого проявления зависимости. Например, хирургические больные, которым даются опиоидные вещества для купирования боли, иногда могут испытывать симптомы отмены, но могут не распознавать эти симптомы или не иметь никакого желания продолжать прием наркотических средств.

Опиат (Opiate)

Вещество из группы алкалоидов, получаемых из опийного мака (*Papaversomniferum*), способное оказывать обезболивающее действие, вызывать эйфорию, а в повышенных

дозах – ступор, коматозное состояние и угнетение дыхания. На синтетические опиоиды этот термин не распространяется.

Опиоид (Opioid)

Родовой термин, используемый для обозначения алкалоидов, получаемых из опийного мака (*Papaver somniferum*), их синтетических аналогов и синтезируемых в организме соединений. Все эти вещества взаимодействуют с одними и теми же специфическими рецепторами в головном мозге, способны оказывать обезболивающее действие и вызывать ощущение благополучия (эйфорию). В высоких дозах опийные алкалоиды и их синтетические аналоги также вызывают ступор, кому и угнетение дыхания.

К числу опийных алкалоидов и их полусинтетических производных относятся морфин, диацетилморфин (диаморфин, героин), гидроморфин, кодеин и оксикодон. Синтетические опиоиды включают леворфалон, пропоксифен, фентанил, метадон, петидин (меперидин) и агонист-антагонист пентазоцин. К эндогенным соединениям, обладающим опиоидным действием, относятся эндорфины и энкефалины.

Наиболее часто используемые опиоиды (такие как морфин, героин, гидроморфин, метадон и петидин) связываются преимущественно с μ -рецепторами. Они вызывают обезболивающий эффект, изменения в настроении (например, эйфорию, которая может переходить в апатию или дисфорию), угнетение дыхания, сонливость, психомоторную заторможенность, невнятность речи и нарушение концентрации внимания, памяти и способности к суждению.

К физическим последствиям употребления опиоидов (главным образом в результате внутривенного введения) относятся гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сепсис, эндокардит

(воспаление внутренней оболочки сердца), пневмония и абсцесс легкого, тромбофлебит (образование сгустков крови, вызывающих воспаление вен) и острый некроз скелетных мышц (разложение мышечных волокон). Часто возникают психологические и социальные расстройства, что отражает незаконность немедицинского употребления опиоидов.

Опиоидная интоксикация (Opioid intoxication)

Состояние, наступающее вслед за введением опиоидов и приводящее к нарушениям уровня сознания, когнитивной функции, восприятия, суждения, эмоциональных реакций, поведения и других психофизиологических функций и реакций. Эти нарушения связаны с острыми фармакологическими эффектами опиоидов и условными рефlekсами на опиоиды. Со временем эти нарушения проходят и наступает полное выздоровление, за исключением тех случаев, когда произошло повреждение тканей или возникли другие осложнения. Интоксикация зависит от вида и дозы опиоида, на нее также влияют такие факторы, как индивидуальный уровень толерантности. Люди часто принимают наркотические средства в количестве, необходимом для достижения желаемой степени интоксикации. Большое влияние на поведение, обусловленное данным уровнем интоксикации, оказывают культуральные или личностные ожидания в отношении действия наркотического средства.

Острая интоксикация – это термин, используемый в МКБ-10 для обозначения интоксикации, имеющей клиническое значение (F11.0). К осложнениям, в зависимости от вещества и способа его введения, могут относиться травмы, вдыхание рвотных масс, делирий, кома и судороги.

Опиоид, эндогенный (Opioid, endogenous)

Любой из природных нейропептидов головного мозга, которые включают по меньшей мере две главные группы – энкефалины и эндорфины. Те и другие могут взаимодействовать с опиат-связующими сайтами (рецепторами) и тем самым изменять ощущение боли. По-видимому, эндорфины, кроме того, модулируют настроение и реакции на стрессовые стимулы (см. "опиоид").

Передозировка опиоидов (Opioid overdose)

Употребление опиоидов в таких количествах, которые вызывают тяжелые отрицательные соматические и психические последствия. Преднамеренная передозировка является распространенным способом самоубийства. В абсолютных цифрах случаев передозировки законных опиоидов обычно бывает больше, чем случаев передозировки незаконных опиоидов. Передозировка может вызывать кратковременные или длительные последствия или смерть; смертельная доза определенного опиоида бывает разной в зависимости от особенностей конкретного человека и от обстоятельств.

Поддерживающая терапия агонистами, опиоидными (Agonist maintenance therapy, opioid)

Лечение зависимости от наркотических средств путем назначения заместительного наркотического средства, в отношении которого у пациента существует перекрестная зависимость и перекрестная толерантность. Примерами поддерживающей терапии агонистами являются назначение метадона и бупренорфина для лечения зависимости от героина и применение никотиновой жевательной резинки взамен курения табака. Цели поддерживающей терапии агонистами заключаются в прекращении или уменьшении употребления определенного вещества (особенно если оно является незаконным), снижении вреда и рисков для здоровья от определенного метода введения вещества (например, риска заболевания в результате пользования общими иглами) и в уменьшении социальных последствий наркозависимости. Поддерживающая терапия агонистами может длиться от нескольких месяцев до более 20 лет и часто сопровождается другим лечением (например, психосоциальным воздействием). Иногда проводят различие между поддерживающей терапией агонистами и лечением с постепенным уменьшением дозы. (См. синдром отмены опиоидов).

Психосоциальное вмешательство (Psychosocial intervention)

Любое нефармакологическое вмешательство, выполняемое в контексте лечения на уровне отдельного лица, семьи или группы. Психосоциальные вмешательства могут включать структурированные, проводимые специалистами мероприятия (например, когнитивно-поведенческую терапию или инсайт-ориентированную психотерапию) или непрофессиональные вмешательства (например, группы самопомощи и нефармакологические вмешательства, проводимые народными целителями).

Психотропное вещество (Psychotropic substance)

Психотропные вещества – это природные или синтетические вещества или любой природный материал, включенные в Список I, II, III или IV Конвенции о психотропных веществах 1971 года (см. выше). Психотропными веществами, среди прочих, являются бупренорфин и бензодиазепины.

Расстройства, обусловленные употреблением опиоидов (Opioid use disorders)

Группа состояний, ассоциирующихся с употреблением опиоидов. В МКБ-10 в рубрике F11.0-9 ("Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов") содержится широкий спектр расстройств разной степени тяжести и разных клинических форм; для всех их характерен общий признак – употребление опиоидов, которые могли быть назначены врачом или же могут употребляться без назначения врача. Клинические состояния, которые могут возникать, включают острую интоксикацию, вредное употребление, синдром зависимости, синдром отмены (или состояние отмены), состояние отмены с делирием, психотическое расстройство, отсроченное психотическое расстройство и амнестический синдром.

Синдром отмены (абстинентный синдром, реакция отмены, состояние отмены) (Withdrawal syndrome (abstinence syndrome, withdrawal reaction, withdrawal state))

Группа переменных по сочетанию и тяжести симптомов, возникающих при полном прекращении или уменьшении употребления психоактивного вещества принимаемого многократно, обычно на протяжении длительного периода или в больших дозах (МКБ-10,

код F1x.3). Синдром отмены может сопровождаться признаками физиологических нарушений. Это один из показателей синдрома зависимости и определяющая характеристика психофармакологического определения зависимости. Наступление и течение синдрома отмены ограничены во времени и связаны с видом вещества и дозой, которая была принята непосредственно перед прекращением или уменьшением употребления. Обычно признаки синдрома отмены являются противоположностью острой интоксикации.

Отмена опиоидов сопровождается ринореей (насморком), слезотечением, мышечными болями, лихорадкой, пилоэрекцией (гусиной кожей), а спустя 24-48 часов – мышечными судорогами и спастическими болями в животе. Становится выраженным поведение, направленное на поиск наркотиков, которое продолжается и после исчезновения физических симптомов.

Синдром отмены опиоидов (Opioid withdrawal syndrome)

С течением времени морфин и его аналоги вызывают толерантность и нейроадаптивные изменения, которые обуславливают ребаунд-гипервозбудимость при отмене наркотика. Синдром отмены включает тягу, тревогу, дисфорию, зевоту, потливость, пилоэрекцию (гусиную кожу), слезотечение, ринорею (насморк), бессонницу, тошноту или рвоту, диарею, судороги, мышечные боли и лихорадку. В случае наркотиков с коротким периодом действия, таких как морфин или героин, симптомы отмены могут появиться через 8-12 часов после принятия последней дозы наркотика, достичь пика через 48-72 часа и исчезнуть спустя 7-10 дней. При приеме наркотиков более длительного действия, таких как метадон, первые симптомы отмены могут появиться лишь через 1-3 дня с момента приема последней дозы; симптомы достигают пика между третьим и восьмым днем и могут держаться в течение нескольких недель, однако в целом они слабее тех, которые следуют после отмены морфина или героина после принятия эквивалентных доз.

Снижение вреда (Harm reduction)

В контексте алкоголя или других наркотических средств снижение вреда (или минимизация вреда) обозначает стратегии или программы, которые непосредственно направлены на снижение вреда, являющегося результатом употребления алкоголя или наркотических средств. Данный термин используется, в частности, для обозначения стратегий или программ, направленных на то, чтобы снизить вред, не обязательно изменяя при этом привычки к употреблению наркотических средств, являющейся исходной причиной вреда; к числу примеров относятся обмен игл и шприцев для противодействия практике пользования общими иглами среди потребителей героина, а также установка в автомобилях автоматически надувающихся воздушных подушек безопасности для снижения травматизма при дорожно-транспортных происшествиях, особенно происходящих в результате управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. Стратегии снижения вреда охватывают более широкий спектр мероприятий по сравнению с простым снижением предложения и спроса.

Толерантность (Tolerance)

Снижение ответной реакции организма на дозу наркотического средства, которое наступает при постоянном употреблении этого средства. Если у данного лица выработалась толерантность к определенному наркотическому средству, для достижения эффектов, первоначально достигавшихся меньшими дозами, требуются повышенные дозы. Развитию толерантности могут способствовать как физиологические, так и психосоциальные факторы. К физиологическим факторам относятся метаболическая и функциональная толерантность. При метаболической толерантности вещество может легче выводиться из организма вследствие более высокой скорости его метаболизма. При функциональной толерантности центральная нервная система менее чувствительна к этому веществу. Примером психосоциального фактора, способствующего развитию

толерантности, может служить поведенческая толерантность, при которой приобретенный опыт или изменившиеся ограничения, накладываемые окружающими условиями, изменяют действие наркотического средства. Острая толерантность означает быструю временную аккомодацию к действию вещества после приема одной дозы. Обратная толерантность, также называемая сенсбилизацией, означает состояние, при котором реакция на вещество повышается при повторном употреблении 90

7. ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ОПИОИДАМИ F11.0

Преходящее состояние вслед за приемом ПАВ, заключающееся в расстройствах сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций, статики, координации движений, вегетативных и других функций.

7.1. Основные диагностические критерии

А. Должны выявляться общие критерии острой интоксикации:

G1 Очевидность недавнего употребления опиоидов в достаточно высокой дозе

G2 Симптомы и признаки интоксикации должны соответствовать действию опиоидов и они должны отличаться достаточной выраженностью, чтобы привести к клинически значимым нарушениям уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения.

G3. Имеющиеся симптомы или признаки не могут быть объяснены соматическим заболеванием, не связанным с употреблением опиоидов, а также другим психическим или поведенческим расстройством.

Острая интоксикация часто имеет место у лиц, дополнительно обнаруживающих более постоянные проблемы в связи с употреблением опиоидов. При наличии таких проблем, например, употребление с вредными последствиями (F11.1), синдромы зависимости (F11.2) или психотического расстройства (F11.5), они также должны быть отмечены.

Б. Должно иметь место дисфункциональное поведение, о чем свидетельствует, по меньшей мере, один признак из числа следующих:

- 1) апатия и седация;
- 2) расторможенность;
- 3) психомоторная заторможенность; 13
- 4) нарушения внимания;
- 5) нарушения суждений;
- 6) нарушение личностного функционирования.

В. Должен присутствовать минимум один из следующих признаков:

- 1) сонливость;
- 2) смазанная речь;
- 3) сужение зрачков (за исключением состояний аноксии от тяжелой передозировки, когда зрачки расширяются);
- 4) сниженный уровень сознания (например, ступор или кома)

Примечание

При тяжелой интоксикации опиоидами могут наблюдаться угнетение дыхания (и гипоксия), гипотензия и гипотермия

Г. Дополнительными признаками могут быть наличие уплотненных вен на руках, ногах, следы старых и недавних инъекций.

Необходимо дифференцировать диагноз «Острая интоксикация, обусловленная употреблением опиоидов» со следующими состояниями:

1. Различные травмы головы
2. Гипогликемии различного генеза,
3. Коматозные состояния другого генеза,
4. Интоксикации в результате употребления нескольких веществ.

Клиника острой опиоидной интоксикации (наркотическое опьянение)

Клиническая картина острой опиоидной интоксикации зависит от ряда факторов. Главные из них — наличие или отсутствие физической зависимости от опиоидов, степень толерантности к ним, а также состояние соматического, неврологического и психического здоровья индивида.

Объективные и субъективные симптомы опиоидной интоксикации

Таблица 1

Объективные симптомы	Субъективные симптомы
Миоз или сужение зрачка (Рис 3)	Эйфория
Бледность, сухость кожных покровов	Снижение способности к концентрации внимания
Снижение перистальтики пищеварительного тракта	запоминанию
Повышение, а затем понижение артериального давления, брадикардия	Дремотное состояние
Угнетение дыхания	Психомоторная заторможенность
Благодушное настроение	Тревога или дисфория
Анальгезия	
Тошнота, рвота в начале или при высоких дозах	

7.2. Передозировка опиоидами

Передозировка опиоидами (Opioid overdose) - употребление опиоидов в таких количествах, которые вызывают тяжелые отрицательные соматические и психические последствия.

Состояние передозировки опиоидами - это угрожающее жизни состояние, развивающееся в результате приема опиатов/опиоидов и проявляющееся комплексом вегетативно-сосудистых, неврологических и психопатологических симптомов, ведущими из которых являются угнетение сознания (сопор, кома) и дыхания.

Признаки передозировки опиоидами:

- о медленное поверхностное дыхание или его отсутствие;
- о падение артериального давления;
- о ослабление или исчезновение пульса;
- о уменьшение частоты сердцебиения;
- о сужение зрачков (точечные зрачки);
- о посинение губ и кончиков пальцев;
- о бледность и сухость кожи;
- о выраженное расслабление мускулатуры (внешне проявляется в замедленности движений, подгибании коленей, оцепенении, пребывании в неподвижном состоянии в определенной позе - характерна поза "на корточках");
- о нарушение сознания (от состояния сонливости до полного отсутствия сознания);
- о тошнота, рвота;
- о нарушение речи (невнятное произношение).

7.3. Лечение передозировки

При установлении состояния передозировки опиатами/опиоидами требуется госпитализация в реанимационное отделение и/или начало реанимационных мероприятий
Помощь при передозировке опиоидами: шаг за шагом (пошаговая рекомендация полезно предоставлять непосредственно активным потребителям наркотиков)

Шаг 1: Определить, находится ли человек в сознании:

- громко позвать его по имени;
- проверить реакцию на другие внешние раздражители (растереть суставами пальцев область мечевидного отростка, растереть мочки ушей и др. болевые раздражители).

Если человек очнулся, не оставлять его одного: не давайте ему уснуть, разговаривайте с ним, выведите на свежий воздух.

Если человек, не реагирует на раздражители, и находится без сознания, то

Шаг 2: Проверить проходимость дыхательных путей

- поднимите подбородок пострадавшего, закиньте его голову назад, часто этого достаточно для восстановления проходимости дыхательных путей.
- если внутри Вы обнаружите рвотную массу, жидкость или др., которые блокируют дыхание пострадавшего, прочистите дыхательные пути пальцем.

Шаг 3: Проверить наличие дыхания и пульса:

приблизьте свое лицо к лицу человека, испытывающего передозировку, и прислушайтесь, наблюдая за грудной клеткой (когда человек дышит, она приподнимается).

Может быть, что дыхание становится поверхностным, редким - меньше двух вдохов-выдохов за 10 секунд. Человек может находиться без сознания и дышать так долгое время. Однако в любой момент дыхание может прерваться, поэтому нельзя оставлять его одного, надо тормошить и почаще проверять дыхание.

Если наблюдаются нарушения дыхания (менее 10 - 12 вдохов в минуту), необходимо вызвать “скорую помощь” (103) и начинать делать искусственное дыхание.

Шаг 4: Искусственное дыхание

Если ваши действия эффективны, то

- грудь будет вздыматься, если в нее попадает воздух
- губы обретут обычный цвет
- пострадавший может начать дышать сам
- закончите и проверяйте дыхание каждые 1-2 минуты

Адекватные методы сердечно-легочной реанимации со стороны очевидца передозировки случаются редко, но оказываются эффективными, приводя к снижению частоты госпитализации и небольшим, но существенным улучшениям в клинических исходах.

Шаг 5: Введите налоксон

Налоксон вводят внутривенно, внутримышечно или подкожно в дозе 1мл-0,4% раствора. При недостаточном эффекте препарат вводят повторно в той же дозе через каждые 3-5мин до восстановления сознания и спонтанного дыхания в суммарной дозе до 10мг. При внутривенном введении препарата действие начинается уже через 0,5-2минуты, продолжительность действия составляет 20-40 минут. При внутримышечном или подкожном введении действие препарата начинается через 2-3минуты, продолжительность действия составляет 2-3 часа.

Нет свидетельств того, что подкожная или внутримышечная инъекция налоксона уступает по эффективности внутривенному введению. Это способствовало обсуждению новой стратегии снижения рисков передозировки путем предоставления налоксона потребителям наркотиков, чтобы они смогли использовать лекарство для предотвращения передозировки с летальным исходом друг у друга в домашних условиях.

8. УПОТРЕБЛЕНИЕ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ F11.1

8.1 . Диагностические критерии:

При постановке данного диагноза необходимо наличие непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя. Употребление вещества часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями. Тот факт, что употребление определенного вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, еще не является доказательством употребления с вредными последствиями.

А. Должны иметься четкие данные, что употребление вещества обусловило физические или психологические вредные изменения, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, или в значительной мере способствовало их возникновению.

Б. Природа вредных изменений должна быть выявляемой и описанной.

В. Характер употребления сохранялся или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев.

Множественные поражения органов и систем при злоупотреблении опиоидами, вызванные токсическим влиянием наркотика и примесей в «уличном» наркотике, снижением иммунитета и аутоиммунными реакциями в результате наркотизации, нестерильным парентеральным введением наркотиков, беспорядочным сексуальным поведением наркопотребителей.

Синдром последствий хронической интоксикации опиоидами проявляется нарушениями как в соматической, так и в психической сферах.

В соматической сфере:

- внешний вид больных – выглядят значительно старше своего возраста, кожные покровы сухие, бледные с характерным желтушным оттенком, многочисленные морщины на лице, раннее облысение, тусклость волос, ломкость ногтей, разрушение зубов вплоть до полного их выпадения, уменьшение массы тела вплоть до выраженного истощения;
- изменения вен, их облитерация, многочисленные рубцы после нагноений и абсцессов, флебиты;
- пневмония;
- эмфизема легких (у курильщиков опия);
- бактериальное поражение клапанов сердца;
- гепатит;
- гломерулонефрит;
- полиневрит;
- заражение сифилисом, ВИЧ.

Особенностью висцеральных поражений при употреблении опиоидов является несоответствие между жалобами и тяжестью болезни внутренних органов, что существенно затрудняет своевременное выявление соматических расстройств.

Со стороны психической сферы:

- постоянные **астения** и **анергия** на поздних этапах зависимости, в результате которых больные становятся нетрудоспособными;
- интеллектуально-мнестические нарушения – некритичность, поверхностность суждений, слабость внимания, торпидность мышления, нарушения непосредственной и опосредованной памяти;
- изменения личности – сужение круга интересов, общее эмоциональное огрубение, лживость, отсутствие чувства стыда, равнодушие к близким и к своему благополучию.

Диагностика

Необходимые диагностические процедуры:

- сбор анамнеза;
- оценка психического статуса;
- соматическое и неврологическое обследование;

- анализ крови клинический;
- анализ мочи общий;
- биохимическое исследование крови: билирубин, холестерин, трансферазы, диастаза, форец белков, остаточный азот;
- анализ крови на антитела к ВИЧ, антигены ВГВ (HBs Ag) и ВГС (HCV Ag).

8.2. Условия и принципы терапии

Амбулаторное или стационарное лечение – в зависимости от остроты и тяжести наркологической патологии, соматических и неврологических последствий хронической интоксикации опиоидами (например, активный гепатит «С», острый гломерулонефрит и пр. требуют неотложной госпитализации; в то же время лечение постабстинентного состояния, гепатитов в неактивной форме может проводиться в амбулаторных условиях). Соматотропная терапия с использованием современных лекарственных средств. Психофармакологические средства – «мягкие» нейролептики, антидепрессанты, ноотропы. Бензодиазепиновые анксиолитики (транквилизаторы) из-за возможности развития к ним зависимости должны использоваться ограниченно и короткими курсами.

9. СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ F11.2

Синдром зависимости от опиоидов – совокупность физиологических, поведенческих и познавательных явлений, при которых употребление опиоидов приобретает для данного индивида гораздо более высокую приоритетность, чем формы поведения, которые когда-то обладали высокой ценностью (МКБ 10)

Центральная описательная характеристика синдрома зависимости - это сильное желание принять данное ПАВ

Патогенез

Взаимодействие опиоидов с рецепторами хорошо объясняет механизмы острого эффекта морфина или героина, но мало помогает в понимании развития хронических проблем, в частности, болезненного привыкания и зависимости. Для интерпретации этих феноменов необходимо обратиться к теории дофаминового дефицита, которая в последние годы активно разрабатывается многими исследователями. Принято считать, что активность дофаминовых структур в значительной мере ответственна за состояние психологического комфорта у человека. Молекулы дофамина, локализующиеся в пресинаптических мембранах, высвобождаются в синаптическую щель под влиянием определенных веществ (нейротрансмиттеров и нейромодуляторов). По завершении процесса активации, молекулы дофамина с помощью механизма обратного захвата возвращаются в везикулы, сосредоточенные в пресинаптической зоне нервного волокна. В силу генетических особенностей у определенного количества людей дофаминовая система работает недостаточно эффективно, и у них отмечается своего рода дофаминовое голодание, которое в известной мере может быть компенсировано за счет привлечения механизмов активации опиоидных рецепторов и получения дополнительных объемов эмоциональных переживаний. Дофаминовая теория помогает понять не только развитие опиоидной, но также алкогольной и иной химической зависимости. (49)

Данная теория подтверждает, что **наркотическая зависимость - это хроническая болезнь, связанная с конкретными системными изменениями функционирования мозга, а не просто комплекс поведенческих нарушений, при котором наиболее эффективными могут считаться средства репрессивного воздействия!**

9.1. ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ

Диагностика синдрома зависимости от опиатов должна быть тщательной с хорошо поставленной методикой, исключая ошибки и ошибочные толкования, должна проводиться со знанием технических и психологических аспектов, достижений мировой медицинской практики и при хорошем контакте врача с пациентом.

Диагностическая оценка пациента

Диагностическая оценка пациента должна включать в себя диагностику опиоидной зависимости в соответствии с критериями МКБ-10, диагностику сопутствующих соматических и психических заболеваний и определение показаний к проведению терапии. Сбор анамнестических данных должен помочь врачу в составлении плана лечения. Анамнестические данные следует собирать в соответствии со следующим планом:

1. Анамнез жизни

2. Наркологический анамнез: употребление психоактивных веществ (легальных и нелегальных)

1. первый контакт с психоактивным веществом,
2. начала и регулярность употребления, длительность употребления,
3. способ употребления,
4. наличие толерантности,
5. наличие синдрома отмены,
6. применявшееся ранее лечение,
7. осложнения при детоксикации (судорожные приступы при сопутствующей зависимости от алкоголя или седативных препаратов),
8. наличие передозировок в прошлом,
9. наличие спонтанных и терапевтических ремиссий,
10. контекст употребления психоактивных веществ,
11. отношение к психоактивным веществам в кругу друзей,
12. описание состояний опьянения (субъективно переживаемое действие вещества) и синдрома отмены,
13. негативные последствия употребления психоактивных веществ на семейную жизнь, работу или учебу,
14. криминальная активность (воровство, агрессивные действия),
15. нехимические зависимости (азартные игры (гэмблинг), аддикции отношений - сексуальная, любовная и аддикция избегания, работоголизм, аддикция к трате денег и др),
16. проблемы, связанные с употреблением наркотиков (семейные, социальные, медицинские, юридические, финансовые, психологические).

3. Соматический анамнез

4. Наличие инфекционных заболеваний: сифилис, ВИЧ/СПИД, гепатиты В и С, туберкулез

5. Применяемые в настоящее время лекарственные средства

6. Психиатрический анамнез: лечение по поводу психических заболеваний, суицидальные попытки, наличие в прошлом психопатологической неврологической симптоматики (бред и галлюцинации, нарушения пищевого поведения, периоды пониженного или повышенного настроения, обмороки, судорожные приступы и др.)

7. Семейный анамнез: наличие наркологических и психических заболеваний в семье

8. Социальная ситуация: жилье, образование, наличие долгов.

Социальные связи: наличие партнера, детей, друзья. Поведение пациента в свободное время, хобби.

9. Проблемы с законом: судимости и т.д.

10. Сексуальность: сексуальные нарушения, применение противозачаточных средств

11. Мотивация и ресурсы представления о своем будущем, причины, которые побудили обратиться за лечением, мотивы употребления и мотивы прекращения

употребления

12. Психический статус: память, внимание, нарушения мышления, обманы восприятия, изменение личности.

13. Физикальный осмотр: важен осмотр кожных покровов для выявления мест инъекций, абсцессов, флегмон, порезов и др.

Дополнительные методы обследования

1. Исследование мочи на психоактивные вещества
2. Исследование на ВИЧ, гепатиты, сифилис, туберкулез
4. Флюорография или рентгенография грудной клетки

Критерии диагностики

В соответствии с "Международной статистической классификацией болезней, 10-й пересмотр" (МКБ-10) диагноз зависимости от опиоидов может быть поставлен только при наличии трех или более из нижеперечисленных признаков, возникших в течение определенного времени:

- сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему опиоидов;
- нарушение способности контролировать прием опиоидов, т.е. начала употребления, окончания или дозировки вещества;
- состояние отмены или абстинентный синдром, возникающее, когда прием опиоидов уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует комплекс расстройств (ринорея или чихание, слезотечение, мышечные боли или судороги, тошнота или рвота, диарея, расширение зрачков, образование "гусиной кожи", периодический озноб, тахикардия или артериальная гипертензия, зевота, раздражительность, бессонница), которые смягчаются при возобновлении приема опиоидов;
- повышение толерантности, снижение эффекта при приеме прежних доз и увеличение дозы вещества для достижения прежнего эффекта;
- увеличение объема времени, затрачиваемого на добывание опиоидов, прием и перенесение последствий, сопровождаемое сужением социальной активности и интересов личности;
- продолжение приема опиоидов, несмотря на наличие вредных последствий и знание пациента об этом вреде.

9.2 Основные клинические критерии

Таблица 2

1	Сильное желание принимать опиоиды и/или непреодолимое влечение к ним;	Когда человек впервые думает о том, чтобы попробовать наркотики, это обычно добровольное решение. После неоднократного потребления наркотиков у человека наступает момент, когда решение об их употреблении уже не является добровольным. Теперь у специалистов есть доказательство того, что наркотики в буквальном смысле меняют мозг. Это как если бы в мозге вышел из строя —переключатель . В этот момент человек, злоупотребляющий наркотиками, становится человеком, зависимым от наркотиков. Потребность в наркотике и "ломка" в его отсутствие, никак не зависят от воли человека, от черт его характера или свойств его личности - точно так же, как, например, кашель больного туберкулезом не зависит от его желания!
---	---	--

2		Трудности с контролем поведения, связанного с приемом наркотика, в отношении начала, прекращения или уровня потребления;
3	Состояние отмены или абстинентный синдром	Ринорея или чихание, слезотечение, мышечные боли или судороги, тошнота, рвота, диарея, расширение зрачков, образование "гусиной кожи", периодический озноб, тахикардия или артериальная гипертензия, зевота, раздражительность, бессонница. Данные симптомы смягчаются или исчезают при возобновлении приема опиоидов (или близко родственных им веществ)
4	Толерантность	Состояние, в котором человек уже не реагирует на наркотик так, как раньше, и требуется более высокая доза для достижения этого же эффекта.
5	Прогрессирующее игнорирование альтернативных удовольствий или интересов вследствие употребления опиоидов	С каждым разом у наркопотребителя увеличивается объем времени, финансовых средств затрачиваемых на добывание опиоидов, прием и перенесение последствий, которые сопровождаются сужением социальной активности и интересов личности. Так как продолжительное потребление наркотиков меняет мозг коренным образом и надолго, в конечном итоге становится трудно испытывать другие удовольствия
6	Продолжение потребления опиоидов несмотря на очевидные отрицательные последствия на состояние здоровья	Испытывая тягостные, мучительные ощущения в период абстиненции, наркопотребители, склонны к рискованному инъекционному поведению, что приводит к риску заражения ВИЧ, вирусными гепатитами, развитию инфекционных процессов в местах инъекций и др. Несмотря на все последствия медицинского, правового и социального плана люди, страдающие синдромом зависимости, не могут самостоятельно отказаться от употребления наркотиков.

В соответствии с "Международной статистической классификацией болезней, 10-й пересмотр" (МКБ-10) диагноз зависимости от опиоидов может быть поставлен только при наличии трех или более из вышеперечисленных признаков, возникших в течение определенного времени на протяжении предыдущих 12 месяцев.

По существу диагноз опиоидной зависимости ставится на основании истории болезни, предоставляемой пациентом. Иногда у пациентов может возникать мотивация либо к преувеличению, либо к занижению употребления ПАВ; поэтому для того, чтобы быть уверенным в диагнозе, обычно бывает необходимо

подтвердить историю болезни, рассказанную пациентом, результатами физикального осмотра и исследований, а иногда и историей, рассказанной значимыми третьими лицами.

Предварительный диагноз опиоидной зависимости может, конечно, поставить любой медицинский работник, однако перед предоставлением лечения этот диагноз должен быть подтвержден врачом наркологом.

Простую и быструю первичную оценку наркозависимости могут проводить неспециалисты, используя 10 вопросов, адаптированных из «Перечня симптомов психических расстройств», *Международной статистической классификации болезней* 10-го пересмотра (МКБ-10) (Приложение 1).

9.3. Оценка опиоидной зависимости

Любые виды скрининга и обследования должны проводиться добровольно, после получения информированного согласия и объяснения, почему медикам необходимо знать о проблемах пациента, связанных с наркотиками

Основные вопросы в ходе оценки:

- Чего хочет пациент?
- Является ли пациент зависимым?
- Каков его уровень толерантности?
- Потребляет ли пациент другие ПАВ/ зависит ли он от них?
- Какова его мотивация к изменению?
- Какая социальная поддержка у него есть?
- Есть ли другие сочетанные соматические и психиатрические состояния?

Сведения о потреблении наркотических веществ (опиоидов)

- Какие психоактивные вещества (опиоиды) употреблялись в прошлом и какие употребляются в настоящее время;
- Методы употребления каждого вещества (в, в/м, интраназально, курение, перорально и др.), включая сведения о количестве и частоте приема;

Нынешний уровень нейроадаптации к каждому употребляемому веществу

- Медицинские и санитарные последствия употребления наркотиков, включая медицинские осложнения от приема наркотиков такие как абсцессы, флебиты, сопутствующие заболевания такие как ВИЧ/СПИД, вирусные гепатиты, туберкулез, наличие беременности, психических расстройств, передозировок
- Удовлетворяются ли критерии вредного употребления или зависимости;
- Как пациент сам оценивает свое употребление психоактивных веществ
- Факторы, которые способствовали и продолжают способствовать употреблению пациентом психоактивных веществ;
- Цели пациента в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе и что привело пациента в лечебное учреждение на этот раз.
- Краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе Что привело пациента на этот раз в лечебное учреждение

9.4. Осмотр

При осмотре могут обращать на себя внимание общие признаки:

- Дряблость кожных покровов, дистрофические изменения в коже, подкожно-жировой клетчатке и мышцах, дефицит массы тела; больные выглядят старше своего возраста;

- Разрушение и выпадение зубов, ломкость и сухость ногтей и волос;
- Наличие следов инъекций по ходу венных сосудов, склерозирование или облитерация вен;
- Симметричные «крути» вокруг глаз в сочетании с добавочными складками в верхней части щек и заостренными скулами;

К признакам «наркологической настороженности» следует отнести увеличение печени, наличие вирусного гепатита, увеличение лимфатических узлов, ожоги и травмы на руках.

Оценка психосоциального статуса

- лечение по поводу психических заболеваний
- суицидальные попытки
- наследственность
- образование
- социальные связи
- наличие работы
- документов
- количество судимостей, в т.ч. за наркотики

Интерпретация результатов скрининговых исследований с целью выявления опиоидов в моче

Для чего нужны анализы мочи на наличие опиоидов в моче?

- Определение факта недавнего употребления наркотиков (около 5-7 дней)
- Оценка состояния пациента
- Определение выбора и тактики лечения

Не следует ставить диагноз опиоидной зависимости только на основании результатов скрининговых исследований, проведенных с целью выявления опиоидов в моче!

Вхождение в соответствующие потребностям пациента программы лечения не следует откладывать до получения результатов скрининговых исследований на выявление наркотиков в моче, если все остальные факты, выявленные в ходе оценки, не вызывают сомнений в отношении диагноза

Скрининговые исследования на инфекционные заболевания

В рамках индивидуальной оценки состояния пациенту необходимо предлагать пройти добровольное обследование на:

- ВИЧ, которое должно сопровождаться консультированием до и после
- Вирусные гепатиты В и С
- Туберкулез
- ИППП, которые должны сопровождаться консультированием до и после
- Другие исследования в зависимости от состояния пациента

В случае негативного результата обследования на одно из вышеперечисленных заболеваний пациентам рекомендуется повторять обследование не реже 1 раза в год.

9.5. Лечение синдрома зависимости от опиоидов

Лечение опиоидной зависимости – это совокупность фармакологических и психосоциальных вмешательств.

Основные цели лечения:

- Уменьшение или прекращение употребления нелегальных опиоидов
- Снижение вреда связанного с употреблением нелегальных опиоидов включая распространение ВИЧ и других инфекций передающихся внутривенным путем;
- Улучшение качества жизни и благополучия пациента, зависимого от опиоидов

9.6. Принципы лечения опиоидной зависимости**Таблица 3**

<p>1. Нет одного единственного метода лечения, который подходил бы для всех пациентов</p>	<p>Для лечения наркозависимых должен предлагаться широкий арсенал методов лечения: лечение с помощью медикаментов. в том числе (метадона, бупренорфина, налтрексона); лечение без медикаментов (социально – психологические программы лечения); амбулаторные службы; реабилитационные центры; группы взаимопомощи</p>
<p>2. Лечение должно быть легко доступным</p>	<p>Мотивация на лечение у зависимых от ПАВ неустойчивая. Поскольку зависимые от наркотиков лица часто бывают в амбивалентном состоянии по отношению к лечению, необходимо использовать их готовность к терапии, как только она возникает. Если потенциальный пациент не направляется сразу на лечение, то он может быть потерян для терапии надолго. Зачастую врачи первичного звена и стационаров не наркологического профиля, сталкиваясь с наркопотребителями не знают, как поступать с такими больными. По признанию некоторых семейных врачей, они от незнания и боязни стараются перенаправить их к другим специалистам. Поскольку эта категория пациентов, ввиду стигмы и дискриминации со стороны общества и врачей закрыта и труднодоступна, уже сам факт обращения их к врачу, дает возможность оказать помощь, повлиять на его рискованное инъекционное поведение, в крайнем случае, дать информацию о службах предоставляющих услуги потребителям наркотиков, современных подходах в лечении наркозависимости. (6)</p>
<p>3. Эффективное лечение направлено на</p>	<p><input type="checkbox"/> медицинские</p>

<p>множество потребностей пациента</p>	<p><input type="checkbox"/> психологические <input type="checkbox"/> социальные <input type="checkbox"/> трудовые <input type="checkbox"/> правовые и т д</p>
<p>4. Индивидуальный план лечения должен постоянно оцениваться и изменяться, чтобы соответствовать изменяющимся потребностям пациента.</p>	<p>Для каждого индивида нужны различные комбинации разных вмешательств: <input type="checkbox"/> Медикаменты <input type="checkbox"/> Консультирование <input type="checkbox"/> Лечение соматических расстройств <input type="checkbox"/> Трудовая реабилитация <input type="checkbox"/> Группы взаимопомощи итд</p>
<p>5. Эффективность лечения зависит от достаточно длительного лечения</p>	<p>Длительность – важный фактор эффективности лечения. Общий принцип – чем лечение дольше, тем оно эффективнее, хотя нужно принимать и индивидуальные факторы. Исследования указывают, что 3 месяца – это минимальный срок для достижения изменения поведения. Для большинства пациентов необходимо как минимум 3 месяца, чтобы достичь значительного улучшения.</p>
<p>6. Консультирование (индивидуальное и/или групповое) и другое лечение, направленное на изменение поведения, должно быть важным компонентом лечения.</p>	<p>Консультирование направлено на: <input type="checkbox"/> Увеличение мотивации <input type="checkbox"/> Обучение социальным навыкам <input type="checkbox"/> Устойчивости к давлению окружения <input type="checkbox"/> Обучение принятию решений <input type="checkbox"/> Улучшение межличностных и семейных отношений <input type="checkbox"/> Вопросы сохранения здоровья профилактики инфекционных заболеваний</p> <p>Консультирование проводит не только врач или медицинская сестра. Это должны проводить социальные работники, психологи, представители НПО и групп взаимопомощи по вопросам, относящимся к их сфере компетентности.</p>
<p>7. Медикаменты являются важным компонентом лечения, особенно совместно с консультированием или другим направленным на изменение поведения.</p>	<p>Медикаменты – важный компонент лечения, и нельзя сводить лечение только к назначению лекарственных средств. Оптимальный вариант лечения бывает тогда, когда назначение медикаментов сопровождается консультированием, изменением поведения, социальной помощью.</p>

<p>8. Пациенты с зависимостью от опиоидов имеющие сопутствующие психические расстройства должны лечиться интегрировано (комплексно)</p>	<p>Имеется большая часть таких случаев и в связи с этим пациенты с зависимостью должны пройти диагностику психических заболеваний и их лечение. Пациенты с психическими расстройствами должны пройти диагностику по зависимостям или потреблению ПАВ.</p>
<p>9. Лечение абстиненции является только первой фазой лечения зависимости и первой само по себе имеет малое влияние на потребление ПАВ в дальнейшем. Для части пациентов – это «ворота» в лечение. Эффективность зависит от дальнейшего лечения.</p>	
<p>10. Лечение не обязательно должно быть добровольным, чтобы быть эффективным. Влияние правоохранительных органов, семьи, работодателя, может усилить может усилить мотивацию для обращения за помощью и участия в программах</p>	<p>Например: нарушителям закона, которые страдают зависимостью от нелегальных наркотиков, предоставив судом выбор отбывать срок в тюрьме или лечиться, можно предложить различные программы лечения. Данные случаи увеличивают мотивацию участия в программе лечения</p>
<p>11. В процессе лечения должен проводиться мониторинг потребления ПАВ</p>	<p>Рецидивы при течении опиоидной зависимости закономерны. Цель мониторинга потребления ПАВ имеют двойной смысл. Первое – наличие ПАВ в моче являются сигналом изменять план лечения. Второе, для части больных, возможность случайного тестирования увеличивает мотивацию воздержаться от ПАВ.</p>
<p>12. Программы лечения зависимостей должны производить диагностику ВИЧ/СПИД, гепатитов, туберкулеза и других инфекционных заболеваний, которые ставят в угрозу самого больного, либо его окружение</p>	<p>12. Программы лечения зависимостей должны производить диагностику ВИЧ/СПИД, гепатитов, туберкулеза и других инфекционных заболеваний, которые ставят в угрозу самого больного, либо его окружение</p>
<p>13. Лечение зависимости является длительным процессом и часто нуждается в повторных эпизодах лечения.</p>	<p>Зависимость от опиатов – это хронически протекающее заболевание, которое длится многие годы. В процессе течения болезни нужны повторные эпизоды лечения. Рецидивы могут следовать после периодов успешного лечения. Иногда необходимо множество эпизодов лечения для достижения состояния физического благополучия и хорошего функционирования в обществе.</p>

	<p>Рецидивы (срывы) в лечении у зависимых – это натуральный процесс, как и при других хронических заболеваниях!</p> <p>В последнее время зависимость от ПАВ все чаще приравнивается к другим хронически протекающим заболеваниям. Например, таким, как сахарный диабет, бронхиальная астма, гипертензия, для которых характерны периоды улучшения и ухудшения. Важно, чтобы лечение продолжалось длительное время, годами. В этом основным фактором помогающим в лечении являются группы взаимопомощи, например ЛЖВС, анонимные наркоманы и другие.</p>
--	--

I. Фармакологические вмешательства

1. Клонидин 0,15мг, 0,9-1,2мг (Под контролем А/Д), согласно схеме

Схема лечения клонидином (4):

1 день, 2 день назначается 17 мкг/кг веса в сутки, перорально, четырехкратно

3 день назначается 9 мкг/кг веса в сутки, четырехкратно

4 день назначается 6 мкг/кг веса в сутки, четырехкратно

5 день и последующие дни по состоянию, с постепенной отменой.

2. Диазепам 5-10мг, феназепам 1мг, сибазон 5 - 10мг.

3. Карбамазепин (200 мг) 3 раза сут, начальная доза 100-200 мг

При необходимости до 400 мг 2-3 в сут.

4. Галоперидол -5мг таб (5-15 мг/ в сут.); галоперидол деканоат -1,0

50 мг/в месяц, рисперидон-2-4мг (рисполепт) 4-6 мг/в сутки

хлорпромазин (аминазин 100мг) 50 – 200 мг/суточ. доза.

5. Амитриптилин, аз 0,075 (75 мг) суточная доза. Прибавляя по 0,025(25 мг) до терапевтической дозе 0,15(150 мг)/суточ, феварин-100мг, 20 мг суточ доза.

6. Неогемодез 400,0; раствор декстрозы 500,0; натрий хлор 0,9%-500,0; Рингер-Локк - 500,0.

7. Дематон 10,0 (10 ампул;

8. Эссенциале 5%-5,0-10,0;

9. Лоперамид при диареи

Продолжительность терапии – 21сут.

Требование к результатам:

Устранение симптомов абстинентного синдрома, в том числе нарушение сна, болевые, вегетативные, психические и поведенческие расстройства, При неэффективности терапии продолжение лечения.

II. Психосоциальные вмешательства

Эти два вмешательства не должны идти в разрыве друг от друга!

Для повышения эффективности фармакологического лечения необходимо комбинировать его с поведенческими и психосоциальными подходами

Психосоциальные методы лечения, предложенные пациентам как дополнение к любой из программ оказания помощи лечению зависимости или лечения абстинентного синдрома, были эффективны в отношении повышения показателей прохождения полного курса лечения, долгосрочных результатов и приверженности лечению

10. АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ F11.3

Состояние отмены – группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, проявляющаяся при полном или частичном прекращении приема вещества после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию.

Примечание: Состояние отмены рассматривается до синдрома зависимости от опиоидов, поскольку это временное состояние, требующее неотложного вмешательства и требующее дифференциальной диагностики с состоянием острой интоксикации.

Вещества из группы опиоидов воздействуют на систему опиатных рецепторов в головном мозге (мю-, дельта-, каппа-рецепторы), вызывая следующие эффекты:

1. эйфория
2. угнетение дыхания
3. сужение зрачка
4. брадикардия
5. угнетение экскреторных желез
6. уменьшение болевой чувствительности
7. изменение сознания
8. снижение мышечного тонуса
9. снижение температуры тела
10. изменение восприятия и т. п.

При отмене препарата, отсутствие воздействия на рецепторы приводит к появлению вышеуказанных «обратных» симптомов.

Тем самым, для купирования данных симптомов имеется два пути:

а) симптоматический (использование медицинских препаратов уменьшающих вышеуказанные симптомы опосредовано, через иные биохимические механизмы (воздействие на альфа-рецепторы, на серотониновый и дофаминовый обмены и т. п.).

б) патогенетический (использование агонистов опиатных рецепторов с последующей мягкой отменой).

Синдром отмены (опиоидный абстинентный синдром ОАС), как состояние может быть как самостоятельным синдромом, так и одним из компонентов синдрома зависимости. Обычно развивается через 6-18 часов после употребления последней дозы опиоидов. Темпы развития синдрома отмены определяются рядом факторов, и в первую очередь — фармакокинетическими особенностями опиоидов: например, при зависимости от метадона состояние отмены имеет более отставленное начало,

чем при внутривенном введении героина.

Психоактивные добавки к опиоидам (например, производные бензодиазепа или антигистаминные средства, такие как димедрол) также могут увеличивать продолжительность их психотропного действия.

Пик абстинентных проявлений в типичных случаях героиновой наркомании отмечается через 48-72 часа после употребления последней дозы наркотика.

В связи с аггравационным поведением больных опиоидной зависимостью и свойственной многим из них фобией отмены (подробно охарактеризованной в следующем разделе)

субъективное восприятие развивающегося абстинентного синдрома может иметь опережающий характер, что необходимо учитывать при лечении опиоидной зависимости.

10.1. Диагностика

Общие критерии:

1. Должны иметься четкие данные о недавнем прекращении приема или снижения доз вещества после периодического употребления этого вещества обычно в течение длительного времени и (или) в высоких дозах.
2. Симптомы и признаки соответствуют известным характеристикам состояния отмены конкретного вещества (см. ниже).
3. Симптомы и признаки не обусловлены другими медицинскими состояниями, не имеющими отношения к употреблению данного вещества, и не могут быть лучше объяснены другим психическим или поведенческим расстройством.

Признаки синдрома отмены от опиоидов:

1. Сильное желание принять опиоидное средство;
2. Ринорея, чихание;
3. Слезотечение;
4. Мышечные, суставные боли или подергивания;
5. Колики и боли в животе;
6. Анорексия, тошнота или рвота;
7. Диарея;
8. Расширение зрачков;
9. Образование «гусиной» кожи или периодический озноб;
10. Тахикардия или гипертензия;
11. Зевота;
12. Беспокойный сон.

Совокупность признаков синдрома отмены опиоидов (героина)

Таблица 4

Время появления	Признаки синдрома отмены опиоидов
4-6 часов (пик 36-72 часа)	Влечение к веществу
8-12 часов (пик 48-72 часа)	Слезотечение, слюнотечение, насморк, зевота, потливость
12-14 часов (пик 48-72 часа)	Бессонница
12 часов (пик 48-72 часа)	Расширение зрачков, анорексия, гусиная кожа, тремор, раздражительность
48-72 часа	Бессонница, насильственная зевота,

(затем следует снижение интенсивности симптомов в течение 3-4 суток)	гиперемия, понос, боли в животе, мышечный спазм, озноб, слабость.
--	---

Все больше признается факт существования затяжной стадии синдрома отмены, продолжающейся несколько недель или месяцев и характеризующейся ухудшением самочувствия, бессонницей, дистимией и тягой к наркотику.

Оценка тяжести состояния.

При ведении синдрома отмены необходимо проведение определения степени тяжести состояния

Для чего нужно определять степень тяжести синдрома отмены?

- задаю т направление лечению
- отслеживаю т развитие синдрома отмены (субъективные и объективные признаки)
- не диагностирую т синдром отмены, а описываю т степень тяжести
- направляю т ход текущ ей оценки

Основные показатели тяжести синдрома отмены от опиоидов

- Увеличение регулярной дозы
- Бы строта прекращения приема наркотика

Также нужно рассмотреть:

- Вид потребляемого опиоида дозу характер и продолжительность потребления
- Предыдущие случаи абстиненции, ожидаемую продолжительность, окружающую обстановку
- Физическое состояние (неудовлетворительный уход за собой, плохое питание, следы от инъекций)
- Сильное уныние (депрессия, дистимия)
- Запор или наркотический синдром кишечника
- Импотенция (у мужчин) или нарушения менструального цикла (у женщин)

Если характер синдрома отмены необычен, или пациент не отвечает на вопросы, необходимо подумать о других возможных состояниях.

При оценке степени тяжести признаков наблюдаемого синдрома отмены опиоидов значение имеют как субъективные, так и объективные признаки.

Субъективные признаки представляют собой более чувствительное мерло синдрома отмены опиоидов, однако объективные признаки, когда они присутствуют, более достоверны. Для целей подбора дозы лучше всего обращать больше внимания на наблюдаемые признаки, чем на субъективные симптомы. (4)

Степень тяжести симптомов отмены можно оценить по баллам с помощью "Объективной шкалы тяжести синдрома отмены опиатов" (OOWS) (Приложение 2) и "Субъективной шкалы тяжести синдрома отмены опиатов" (SOWS) (Приложение 3)

Дифференциальный диагноз

- острые респираторные заболевания, грипп
- вертеброгенный болевой синдром
- острый и хронический панкреатит
- язвенные поражения пищеварительного тракта
- гастроэнтериты бактериальной и вирусной этиологии
- интоксикацию барбитуратами, бензодиазепинами
- сепсис
- панические атаки

состояние острой интоксикации опиоидами.

Основные дифференциально-диагностические признаки опиоидной интоксикации и синдрома отмены.

Таблица 4

Клинические признаки опиоидной интоксикации	Клинические признаки синдрома отмены
Миоз	Мидриаз
Анальгезия	Мышечные боли
Бледность и сухость кожных покровов и слизистых	Вегетативные расстройства: зевота, слезотечение, явления вазомоторного ринита, чиханье, «гусиная кожа», «мраморная кожа», рвота, тошнота, диарея, потливость, лихорадка
Гипотония, брадикардия	Тахикардия, повышение артериального давления
Равномерно сниженные рефлексы	Отдельные мышечные подергивания в мышцах голени и стоп, повышение сухожильных рефлексов
Эйфория	Выраженное (осознанное) влечение к наркотику, бессонница

10.2. Терапия абстинентного синдрома

Ведение случаев синдрома отмены опиоидов направлено на то, чтобы:

- обратить вспять нейроадаптацию путем устранения толерантности к опиоидам;
- устранить симптомы отмены;
- способствовать применению вариантов лечения после снятия абстинентного синдрома

Помощь при синдроме отмены может предоставляться как амбулаторно, так и стационарно.

Лечение синдрома отмены (опиоидная детоксификация - opioid detoxification в англоязычной литературе) - это совокупность лечебных процедур, направленных на преодоление физической зависимости от наркотика, вне зависимости от применяемых методов.

Лечение абстинентного синдрома (детоксификация) должно быть доступным вариантом лечения для людей, которые сделали осознанный выбор воздержания от приема опиоидов .

Главная цель фармакотерапии в процессе детоксификации – уменьшить тяжесть симптомов отмены, чтобы избежать ненужного страдания и медицинских осложнений и повысить мотивацию на продолжение лечения (33)

Для получения информированного согласия, специалисты должны дать подробную информацию для пациентов о детоксификации и связанных с этим рисками:

- Физические и психологические аспекты синдрома отмены опиоидов, в том числе продолжительность и интенсивность симптомов, и как они могут управляться.
- Использование нефармакологических подходов в лечении

- Потеря опиоидной толерантности после детоксификации, и последующий повышенный риск передозировки и смерть от незаконного употребления наркотиков, которая может быть усилена с помощью алкоголя или бензодиазепинов.
- Важность постоянной поддержки, а также психологической и соответствующих фармакологических вмешательств, для поддержания абстиненции, лечение сопутствующих проблем психического здоровья и снижения риска неблагоприятных исходов (включая смерть).

Детоксификация сама по себе не должна считаться лечением и должна рекомендоваться лишь в контексте тщательно спланированной программы профилактики рецидива

К основным мишеням терапии при купировании острых проявлений синдрома отмены опиоидов относятся:

- характерные боли
- вегетативные нарушения
- расстройства сна

Ведение отмены опиоидов фармакологическими средствами обычно осуществляется одним из следующих методов:

- 1) краткосрочная детокс-терапия опиоидными агонистами.
- 2) резкое прекращение потребления опиоидов и применение агонистов альфа-2-адреностимуляторов (клонидин) для купирования симптомов абстиненции.

10.3. Детоксификация клонидином

Клонидин (клофелин) — это агонист центральных альфа-2-адренорецепторов и относится к категории гипотензивных лекарственных средств. Воздействием препарата на адренорецепторы нейронов, локализованных в области locus coeruleus, объясняется способность смягчать клинические проявления синдрома отмены опиоидов.

Аналогичные гипотензивные и антиабстинентные эффекты проявляют другие альфа-2-адреномиметики — лофексидин, метилдофа, гуанфацин и гуанабене.

Эти препараты не обнаруживают заметных преимуществ по отношению к клонидину (за исключением лофексидина, обладающего более избирательным действием на вегетативные расстройства и в меньшей степени влияющего на гемодинамику) и реже используются в наркологической практике.

Клонидин оказывает преимущественное влияние на вегетативные проявления ОАС и лишь в небольшой степени смягчает абстинентные боли, что существенно ограничивает его эффективность в лечении синдрома отмены опиоидов. Клонидин обладает собственным умеренным седативным влиянием и потенцирует седативные эффекты психотропных лекарственных средств, что ценно для наркологической практики.

К числу неблагоприятных свойств клонидина и его аналогов относится угнетающее действие на гемодинамику. Кроме того, альфа-2-адреномиметики усиливают гемодинамические эффекты нейролептиков и других лекарственных препаратов, что необходимо учитывать при определении тактики лечения больных наркоманией.

Клонидин по-видимому наиболее эффективен в устранении симптомов со стороны периферической нервной системы, но менее эффективен в облегчении субъективных переживаний симптомов отмены. В этой связи по необходимости назначаются и другие средства (обезболивающие нестероидные противовоспалительные средства, бензодиазепины при нарушениях сна, противорвотные и т.д.)

Схема лечения клонидином (4):

- 1 день, 2 день назначается 17 мкг/кг веса в сутки, перорально, четырехкратно
- 3 день назначается 9 мкг/кг веса в сутки, четырехкратно

4 день назначается 6 мкг/кг веса в сутки, четырехкратно
 5 день и последующие дни по состоянию, с постепенной отменой.

Приложение 1

ОБЪЕКТИВНАЯ ШКАЛА ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИАТОВ (OOWS)	
Наблюдайте пациента в течение 5-минутного периода наблюдения, затем поставьте балл за каждый из перечисленных ниже признаков синдрома отмены опиоидов (пункты 1-13). Для получения общего балла сложите баллы, поставленные в каждом пункте.	
Дата	
1	Зевота 0-зевков нет 1- ≥ 1 зевка
2	Ринорея 0= <3 вдохов носом 1= ≥ 3 вдохов носом
3	Ринорея 0 = < 3 вдохов носом 1 = ≥ 3 вдохов носом
4	Потливость 0 = absent 1 = присутствует
5	Слезотечение 0 = отсутствует 1 = присутствуе
6	Тремор (hands) 0 = отсутствует 1 = присутствует
7	Расширение зрачков 0 = отсутствует 1 = ≥ 3 mm
8	Приливы жара и озноба 0 = отсутствует 1 = дрожь /пациент съеживается от холода
9	Беспокойство 0 = отсутствует 1 = частые смены позиции
10	Рвота 0 = отсутствует 1 = присутствует
11	Мышечные подергивания 0 = отсутствует 1 = присутствует
12	Абдоминальные спазмы 0 = отсутствует 1 = пациент держится за живот
13	Тревога 0 = отсутствует 1 = легкая – сильная
Общий балл	

Приложение 2

СУБЪЕКТИВНАЯ ШКАЛА ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИАТОВ (SOWS)					
В таблице ниже напишите сегодняшнюю дату и время, а в следующей таблице проставьте число баллов от 0 до 4, которое соответствует тому, как вы ощущаете каждый симптом В ДАННЫЙ МОМЕНТ.					
Шкала: 0 = не ощущаю вовсе; 1 = немного; 2 = умеренно; 3 = довольно ощутимо; 4 = крайняя степень..					
Дата					
Время					
Симптом	балл	балл	балл	балл	балл
1					Я чувствую тревогу
2					Мне хочется зевать
3					Я потею
4					Мои глаза слезятся
5					У меня насморк
6					У меня "гусиная кожа"
7					Я дрожу
8					Я ощущаю приливы жара
9					Я ощущаю приливы озноба
10					У меня болят кости и мышцы
11					Я чувствую беспокойство
12					Я чувствую тошноту
13					У меня рвота
14					Мои мышцы подергиваются
15					У меня спазмы в животе
16					Мне сейчас хочется в туалет
Общий балл					

11. Библиография

1. Гулямов М.Г. Психиатрия. – Душанбе: Маориф, 1993г.
2. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. Наркология: перевод с английского. - 2- разработка, переработанная – М.: «Издательство БИНОМ» - «Невский диалект», 2000.
3. Карен Ван Дер Берг, Виктор Бувальда. Клиническое руководство наркология для врачей. Минск, 2003.
4. Практическое руководство наркология / Под редакцией Н.Н. Иванца, - и 2-ое издание переработанное, доп. – М.: ТИХ (ООО) «Медицинское информационное агентство», 2008.
5. Наркология. Д Под редакцией Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
6. Сиволап Ю.П.; Савченко В.А. Фармакотерапия в наркологии.-М.: Медицина, 2000.
7. Сиволап Ю.П.; Савченко В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость.-М.: Медицина 2005.
8. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: терапия о оказание услуги. Клинические протоколы для Европейского региона, ВОЗ 2006.
9. Практическое руководство — Лечение и уход за потребителей инъекционных наркотиков ЛЖСВ || 4 Модуль 4. Течение опиоидной зависимости. ЮСАИД, ТУТ, FHI. ASEAN 2007.
10. Научно обоснованная терапия больных с зависимостью от опиоидов В. Бринк, К. Хаасен Evidence Based Treatment of Opioid Dependent Patients W. van den Brink, MD, PhD1, C. Ha asen, MD, PhD2. Сарчашма: Can J Psychiatry, 2006.
11. THE NICE GUIDELINED rug misuse: Opioid detoxification NICE clinical guideline 51 —Drug misuse Psychosocial interventions.
12. Клиническое руководство расстройство психики / Дар зери та {ияи Д. Барлоу2008.
13. Clarke S. Intravenous or intramuscular/subcutaneous naloxone in opioids overdose. Emerg Med J 2001.
14. Kreek M.J., LaForge K.S., Butelman E. Pharmacotherapy of addictions. Nature Reviews 2002.
15. Терапия опиоидной зависимости: Комплекс обучающих документов Treatnet 2, Модул 2, журнал С UNODC
16. Ю.П. СИВОЛАП д.м.н., профессор медицинской академии Москва им. И.М. Сеченова. О проблемы инфицированности ВИЧ среды больных наркомании Журнал Монитор №1(9) Терапия наркотической зависимости при ВИЧ/СПИД.
17. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Cochrane Database Syst Rev 2011.
18. WHO, Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence, 2004 (www.who.int/substance_abuse).

19. ICD-10 Руководство по диагностике
www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/).
20. DSM-IV American Psychiatric Association, DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4, 1994)
<http://allpsych.com/disorders/substance/substancedependence.html>).
21. ВОЗ, Policy Brief: Reduction of HIV Transmission Through Drug-Dependence Treatment — Evidence for Action on HIV/AIDS and Injection Drug Use, 2004.
www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/drugdependence/treatment/en.pdf.
22. Руководящие указания МКБ-10 по диагностике, на сайте
www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/.
23. Drug misuse and dependence UK guidelines on clinical management.
24. <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment/principles-effective-treatment> Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Second Edition) «Principles of Effective Treatment» National Institute on Drug Abuse (NIDA) is a United States.