



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

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

**по заместительной терапии при синдроме опиоидной зависимости в
учреждениях наркологической службы Республики Таджикистан**

Душанбе- 2015

Клиническое руководство по заместительной поддерживающей терапии метадоном при синдроме зависимости от опиоидов 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 № _____

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

по заместительной терапии при синдроме опиоидной зависимости в учреждениях наркологической службы Республики Таджикистан

Настоящее Клиническое руководство было подготовлено рабочей группой из числа высококвалифицированных специалистов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан при финансовой поддержке Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности.

Малахов М.Н.	Председатель рабочей группы, КМН., директор Республиканского клинического центра наркологии имени проф. М.Г. Гулямова
Шарипов Р.М.	Зам.директора по лечебной части Республиканского клинического центра наркологии имени проф. М.Г. Гулямова
Джобиров А.Р.	Заведующий отделением Республиканского клинического центра наркологии имени проф. М.Г. Гулямова
Ибодов Ф.М.	Заведующий отделением Республиканского клинического центра наркологии имени проф. М.Г. Гулямова
Раджабов А.Б.	Заведующий организационно-методическим отделением Республиканского клинического центра наркологии имени проф. М.Г. Гулямова
Мисоқов С.	Заведующий отделением Республиканского клинического центра наркологии имени 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.
Ким И. А.	Менеджер пункта ОЗТ, консультант программы ОЗТ.

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 предоставлен на утверждение Экспертным советом Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан.

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 работы в Республики.

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, Opioid, Opioidintoxication, Opioidoverdose, Withdrawalsyndrome, 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:

A.	Данные получены из высококачественных мета-анализов, систематических обзоров, многоцентровых, рандомизированных клинических исследований (РКИ) с вовлечением большого количества пациентов
B.	Данные получены из ограниченного количества РКИ, с вовлечением небольшого количества пациентов, или из тщательного анализа не рандомизированных клинических исследований
C.	Данные основаны на результатах по меньшей мере одного клинического испытания или описательные исследования без рандомизации, исследования серия случаев
D.	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 протоколе, а также относительно узкий круг публикаций по практическому опыту, накопленному на сегодняшний день в странах Средней Азии, данное руководство, будет обновляться с учетом новых ключевых доказательств каждые три года. Следующий пересмотр планируется в 2018 году. Ответственность за обновление рекомендаций этого руководства несет Республиканский клинический центр наркологии имени профессора М.Г. Гулямова Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Клиническая проблема

Опиоидная зависимость

Название документа:

Клиническое руководство по заместительной терапии при синдроме опиоидной зависимости в учреждениях наркологической службы Республики Таджикистан

Цель создания Клинического руководства

Создание единой методологии диагностики и опиоидной заместительной терапии метадоном, при опиоидной зависимости, базирующейся на принципах доказательной медицины и отражающей достижения передовой мировой науки и практики.

Целевые группы

Врачи, психиатры, наркологи, психотерапевты, психологи, социальные работники, фармацевты медицинские сестры и руководители медицинских учреждений.

Этапы оказания медицинской помощи:

Амбулаторная наркологическая помощь, стационарная наркологическая помощь.

Применимость

Данное Клиническое руководство по заместительной терапии при синдроме опиоидной зависимости в учреждениях наркологической службы Республики Таджикистан предусмотрено для внедрения во всех медицинских учреждениях реализующее опиоидное заместительной терапии пациентам с опиоидной зависимостью.

Планируемая дата обновления

Пересмотр данного руководства запланировано на 2018 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

Список условных сокращений.....	8
Введение.....	9
1.Опиоидная зависимость.....	12
1.1. Определение основных понятий.....	12
2.Диагностика синдрома зависимости от опиоидов.....	13
2.1. Диагностическая оценка пациента.....	13
2.2. Дополнительные методы обследования.....	14
2.3. Критерии диагностики.....	14
3.Лечение опиоидной зависимости.....	15
3.1. Лечение опиоидной зависимости на основе отмены опиоидов.....	15
3.2. Лечение опиоидной зависимости на основе поддерживающей терапии агонистами.....	16
3.3. Заместительная поддерживающая терапия метадоном в лечебно- профилактических учреждениях наркологической службы.....	17
3.4. Показания и условия для включения в терапию.....	17
3.5. Информированное согласие и терапевтический контракт.....	18
4. Метадон гидрохлорид.....	18
4.1. Назначение и дозирование метадона.....	19
4.2. Начальный этап терапии (подбор дозировки).....	19
4.3. Этап поддержания.....	20
4.4. Процедура выдачи метадона участнику.....	21
4.5. Выдача доз на руки.....	21
4.6. Важные критерии выдачи дозы на руки.....	21
4.7. Контроль мочи на употребление не назначенных ПАВ.....	22
4.8. Пропуск доз метадона.....	23
4.9. Рвота.....	23
4.10. Этап завершения терапии метадоном.....	23
5. Детоксикация при помощи ЗТМ.....	24
6. Механизм обеспечения в лечебно-профилактических учреждениях препаратом метадон.....	25
7. Психосоциальная поддержка.....	25
8. Продолжительность терапии.....	26
9. Мониторинг эффективности терапии.....	26
10. Побочные действия метадона.....	27
11. Передозировка метадоном.....	28
12. Беременность и опиоидная зависимость.....	28
12.1. Доза.....	29
12.2. Снижение дозы (детоксикация).....	29
12.3. Повышение дозы.....	30
12.4. Взаимодействие между метадоном и АРВ препаратами у беременных.....	29

12.5. Грудное вскармливание и метадон.....	30
13. ВИЧ-инфекция, туберкулез и опиоидная зависимость.....	30
14. Медицинские этические аспекты программ ОЗТ.....	30
15. Перечень документов для ЗПТМ.....	31
15.1. Журнал регистрации для приёма пациентов в программу ЗПТ.....	31
15.2. Журнал регистрации пациентов для перенаправления в другие сайты.....	31
15.3. Журнал регистрации пациентов для приёма из других сайтов.....	32
15.4. Журнал «листа ожидания».....	32
15.5. Форма медицинской карты на пациента ОЗТ.....	33
15.6. Образец Договора по заместительной поддерживающей терапией между пациентов и центром, оказывающий услуги по ЗПТ.....	34
15.7. Образец заявления пациента.....	36
16. План лечения и анализов.....	37
16.1. Форма регистрации пациентов.....	39
16.2. Индивидуальный план сопровождения клиента.....	41
16.3. Книга учёта наркотических лекарственных средств в отделениях и кабинетах в ЛПУ.....	41
16.4. Клиническая шкала тяжести синдрома отмены опиатов.....	42
16.5. Шкала Кесслера для определения психологического дистресса.....	44
16.6. Информация о рисковом поведении.....	46
16.7. Взаимодействие между АРВ – препаратами и метадоном.....	47
17. Глоссарий.....	49
18. Библиография.....	52

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
ГФСТМ	Глобальный фонд по борьбе со СПИД, туберкулез и малярией
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ЗП	Заместительный препарат
ЗТ	Заместительная терапия
ЗПТ	Заместительная поддерживающая терапия
ЗПТМ	Заместительная поддерживающая терапия метадонем
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
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

ВВЕДЕНИЕ

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) является тщательно изученным и научно-обоснованным медицинским вмешательством, направленным на лечение опиоидной зависимости, и заключается в назначении опиоидных агонистов в качестве заместителя нелегальных уличных опиоидных наркотических средств, таких как героин. Исследования, проведенные на сегодняшний день в области лечения опиоидной зависимости, доказывают, что ОЗТ в сочетании с психологической поддержкой дает наилучшие результаты в отношении снижения частоты нелегального употребления наркотиков и инъекций, снижения криминального поведения и улучшения социальной адаптации.¹

В Республике Таджикистан программа опиоидной заместительной терапии реализуется на основании Программы по профилактике распространения наркозависимости и совершенствования наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2013-2017 годы (Постановление Правительства Республики Таджикистан № 183 от 30.04.2012 года), Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД-а в Республике Таджикистан на период 2011-2015 гг. (Постановление Правительства Республики Таджикистан № 562 от 30.10.2010 года), а также соглашением между программой развития ООН в РТ о реализации программы «Усиление поддерживающей среды и расширение профилактики, лечения и ухода с целью сдерживания эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ» и Приказа МЗ РТ № 500 от 27 июня 2009 года.

Учитывая низкую эффективность существующих лечебных и реабилитационных программ для лиц с зависимостью от психоактивных веществ и с целью воздействия на снижение темпов распространения ВИЧ с стране, возникло необходимость внедрение в медицинскую практику заместительную поддерживающую терапию. Заместительная поддерживающая терапия на сегодняшний день, один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости. С помощью этого метода можно снизить высокие издержки, связанные с опиоидной зависимостью, для самих пациентов, их семей и для общества в целом, главным образом благодаря сокращению употребления героина, уменьшению количества связанных с ним преступного поведения, поведения сопряженной с риском инфицирования ВИЧ, а также снижению смертельных исходов. Заместительную терапию нельзя рассматривать как просто прописывание больному опиоида. Она должна рассматриваться как часть комплексной программы помощи наркозависимому и сочетаться в большинстве случаев с психотерапией и социальной реабилитацией, а также с лечением соматических заболеваний. Данный метод лечения является научно обоснованным и этический оправданным методом оказания помощи больным с опиоидной зависимостью.

ВОЗ также рассматривает заместительную поддерживающую терапию как важный вариант выбора среди возможных методов лечения в странах с высокой распространенностью опиоидной зависимости, особенно там, где вследствие употребления инъекционных наркотиков их потребители подвержены риску заражения ВИЧ и другими вирусами, которые передаются через кровь. В «Декларации приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД», принятой резолюцией Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН №26/2 от 27 июня 2001 года в ряду других важных рекомендаций есть также пункт о необходимости развития программ по снижению вреда от употребления наркотиков, которые, как известно, включают триаду: а) профилактическая информация; б) обеспечение доступа наркоманов к стерильному инъекционному инструментарию; в) обеспечение возможности получения инъекционными наркоманами заместительной терапии.

В настоящее время в мире насчитывается около 27млн. людей, употребляющих инъекционные наркотики, из которых 1,65млн. являются ВИЧ-положительными. ЛУИН уязвимы не только перед ВИЧ-инфекцией, но и перед такими заболеваниями, как вирусный

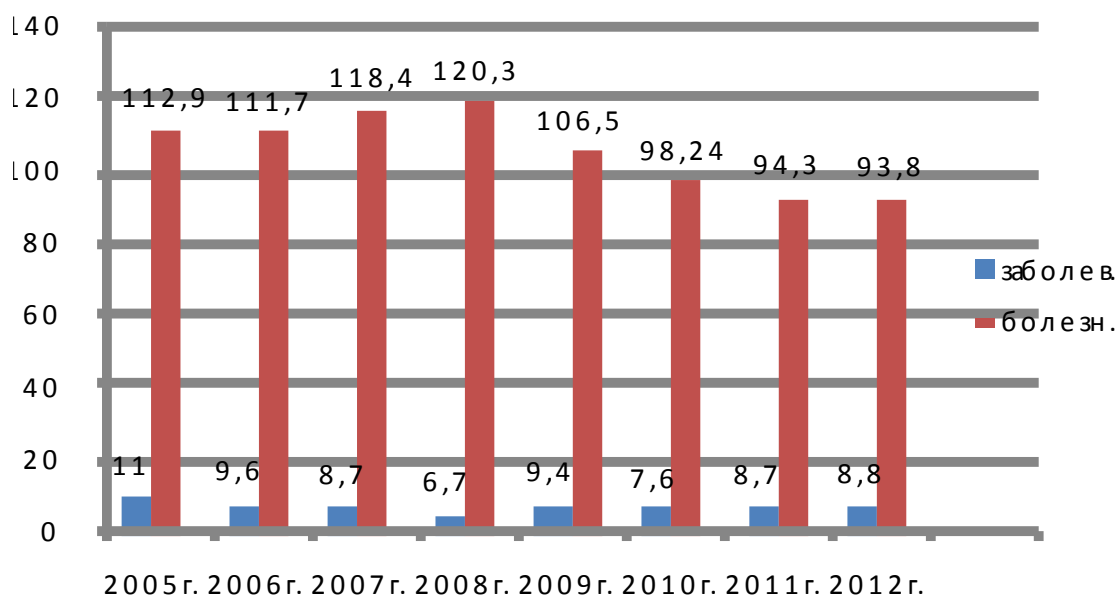
¹ВОЗ, УНПООН, ЮНЭЙДС. (2004). Совместная позиция: *Заместительная поддерживающая терапия* в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ- инфекции и СПИД.

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. По данным Республиканского Центра профилактики и борьбы со СПИД Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан к концу 2014 года в Таджикистане было зарегистрировано 6558 случаев ВИЧ-инфекции, из которых 3161 или 48,2 % случаев зарегистрированы среди ЛУИН.

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

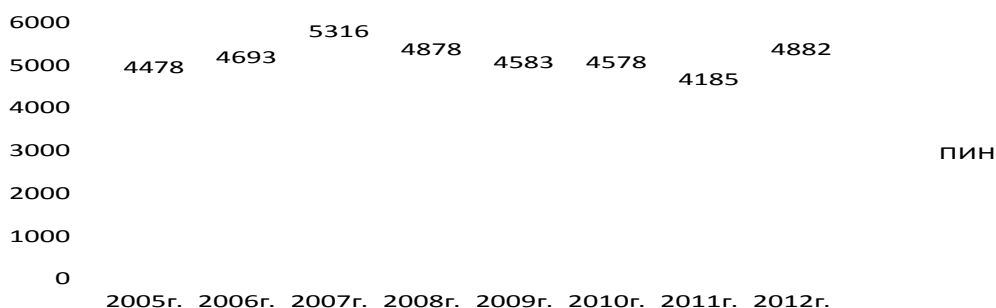
Ситуации с наркопотреблением в Республике Таджикистан 2005-2012г. (на 100 000 населения)



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.

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%) изчисло 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.

С учетом ситуации, и в соответствии с международными обязательствами и рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, в целях сокращения последствий, связанных с инъекционным потреблением наркотиков, Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, предприняло ряд мер по совершенствованию системы оказания наркологической помощи в сторону повышения ее доступности, качества, а также расширения спектра оказываемых медицинских услуг. Одной из таких мер явилось принятие в 2010 году решения о проведении заместительной терапии метадон в медицинских учреждениях.

На сегодняшний день, опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) является одним из наиболее хорошо изученных и в то же время самых эффективных методов лечения опиоидной зависимости, когда она применяется в сочетании с психо-социальной помощью.

В 2005

году Всемирная организация здравоохранения включила метадон и бупренорфин в Модельный список основных лекарственных средств. Исследования показали, что в результате применения ОЗТ значительно снижается уровень потребления нелегальных наркотиков, снижается уровень криминального поведения людей с опиоидной зависимостью, скорость распространения инфекционных заболеваний (ВИЧ-инфекция, гепатит С), улучшается психическое и физическое здоровье пациентов, их социальный образ жизни, уменьшается уровень передозировок, сокращается смертность.

1. ОPIOИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

1.1. Определение основных понятий

Заместительный препарат – лекарственное средство, которое имеет свойства опиатного агониста. Это может быть полный опиатный агонист – метадон, ЛААМ или частичный (агонист – антагонист) – бупренорфин.

Заместительная терапия – назначение заместительного препарата в комплексном лечении синдрома опиоидной зависимости. Заместительный препарат улучшает состояние больного, предохраняет развитие синдрома отмены опиоидов, уменьшает тягу к нелегальным наркотикам, создает возможность реабилитации и уменьшает рискованное поведение (относительно передачи ВИЧ-инфекции и других болезней, которые передаются через кровь). Препараты с заместительными свойствами могут назначаться на срок от нескольких недель до многих лет.

Детоксикация при помощи заместительных препаратов – лечение назначенным ЗП в дозах, которые постоянно уменьшаются, с целью минимизировать проявления синдрома отмены и обеспечить полное прекращение употребления наркотических веществ.

Заместительная поддерживающая терапия – долгосрочное (6 месяцев и больше) применение постоянных доз ЗП в комплексном лечении зависимости от опиоидов с целью стабилизации психического состояния больного, уменьшения медицинских и социальных последствий употребления незаконных наркотиков, создание предпосылок для реабилитации и лечения других болезней (СПИД, гепатит В и С, ТБС, септические состояния).

Согласно определениям ВОЗ, существуют следующие виды заместительной терапии:

- **Кратковременная детоксикация** – лечение ЗП, дозы которого постепенно уменьшаются на протяжении одного месяца или меньше
- **Долговременная детоксикация** – лечение, когда уменьшение дозировки ЗП продолжается более 1 месяца
- **Кратковременная заместительная поддерживающая терапия** – лечение постоянными дозами ЗП до 6 месяцев.
- **Долговременная заместительная поддерживающая терапия** – лечение постоянными дозами ЗП на протяжении более 6 месяцев.

Опиат – один из группы естественных алкалоидов, полученных из опийного мака (*Papaver somniferum*), который активирует опиатные рецепторы в мозге, и обладает способностью индуцировать анальгезию, эйфорию, а в более высоких дозах приводит к ступору, коме и угнетению дыхания. Этот термин включает в себя опиум, героин, морфин и исключает синтетические опиоиды.

Опиоидный – общий термин, применяемый к алкалоидам из опийного мака (*Papaver somniferum*), их синтетических аналогов, а также соединений, синтезирующихся в организме, которые взаимодействуют с теми же конкретными рецепторами в головном мозге, имеют потенциал для облегчения боли, и производят ощущение благополучия

(эйфорию). Алкалоиды опия и их синтетические аналоги в высоких дозах также вызывают сопор, кому и угнетение дыхания. Примеры включают кодеин, метадон гидрохлорид, бупренорфин и (декстро) пропоксифен.

Синдром зависимости от опиоидов – совокупность физиологических, поведенческих и когнитивных (познавательных) расстройств, при которых употребление опиоидов становится доминирующей в системе ценностей индивидуума. Главной характеристикой синдрома зависимости является психическое и физическое зависимость от наркотиков, то есть желание (часто сильное, непреодолимое) принимать опиоиды, которые могли быть назначены, а могли и не назначаться врачом.

2. ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ

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

2.1. 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 заместительной терапии. Сбор анамнестических данных должен помочь врачу в составлении плана терапии. Анамнестические данные следует собирать в соответствии со следующим планом:

1. Анамнез жизни

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

1. первый контакт с наркотическим, 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 одурманивания, 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.

2.2. Дополнительные методы обследования

1. Исследование мочи на психоактивные вещества.

2. Исследование на ВИЧ, гепатиты, сифилис, туберкулез.

3. Флюорография или рентгенография грудной клетки.

2.3. 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.

3. ЛЕЧЕНИЕ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Лечение опиоидной зависимости – это совокупность фармакологических и психосоциальных вмешательств, направленных на уменьшение или прекращение употребления опиоидов и предупреждение вреда, связанного с употреблением опиоидов, а также улучшение качества жизни и благополучия пациента, зависимого от опиоидов.

В большинстве случаев лечение потребует в течение долгого времени, а может быть и в течение всей жизни. В таких случаях цель служб, предоставляющих лечение,

заключается не только в том, чтобы снизить или прекратить употребление опиоидов, но и улучшить здоровье и социальное функционирование и помочь пациентам избежать наиболее тяжелых последствий употребления наркотиков.

В широком плане существует два фармакологических подхода к лечению опиоидной зависимости:

- а) на основе отмены опиоидов (холодныйдетокс);
- б) на основе поддерживающего введения агонистов. (тёплыйдетокс).

3.1. Лечение опиоидной зависимости на основе отмены опиоидов

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

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

Методы детоксикации от опиоидов другими препаратами сосредоточены главным образом, на клонидине альфа-2 агонисте, который снижает норадреналиновую активность при синдроме отмены опиоидов. Ранние исследования показали эффективность клонидина в уменьшении симптомов отмены. 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, карбамазепинс целью коррекции поведения, противорвотные и т.д.).

При ведении отмены опиоидов клонидин обычно вводится дозами до 100-300 мкг по три или четыре раза в день, не более 10-12 мкг/кг/день. После первых двух дней доза понижается, а к 4-му или 5-му дню прекращается совсем. В условиях стационара или лечебницы начальная доза должна быть в пределах 1-2 мкг/кг, а последующие дозы должны соответственно корректироваться. В амбулаторных условиях, где контроля за кровяным давлением нет, следует назначать меньшие дозы, не более 450-900 мкг в сутки, в зависимости от массы тела пациента и тяжести состояния отмены опиоидов. Если систолическое артериальное давление ниже 90мм.рт.ст., а диастолическое ниже 50мм.сyt.сим., то клонидин не назначается.

1. Схема лечения клонидином:

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

1-ый день, 2-ой день назначается 12 мкг/кг веса в сутки, перорально, четырехкратно

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

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

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

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

3. Карбамазепин (200 мг) 3раза сут, начальная доза 100-200 мг. При необходимости до400 мг 2-3 в сут.

4. Галаперидол -5мг таб. (5-15 мг/ в сут.); галоперидол деканоат -1,0 50 мг/в месяц;
Или (рисполепт) 4-6 мг/в сутки;

5. Амитриптилин, от 0,075 (75 мг) суточная доза, прибавляя по 0,025(25 мг) до терапевтической дозе 0,15(150 мг)/суточная доза; или феварин-100мг, 20 мг суточная доза.

6. Метоклопрамид 10мг таб. (30мг/ в сут.) или 2,0мл (10мг) при рвоте.

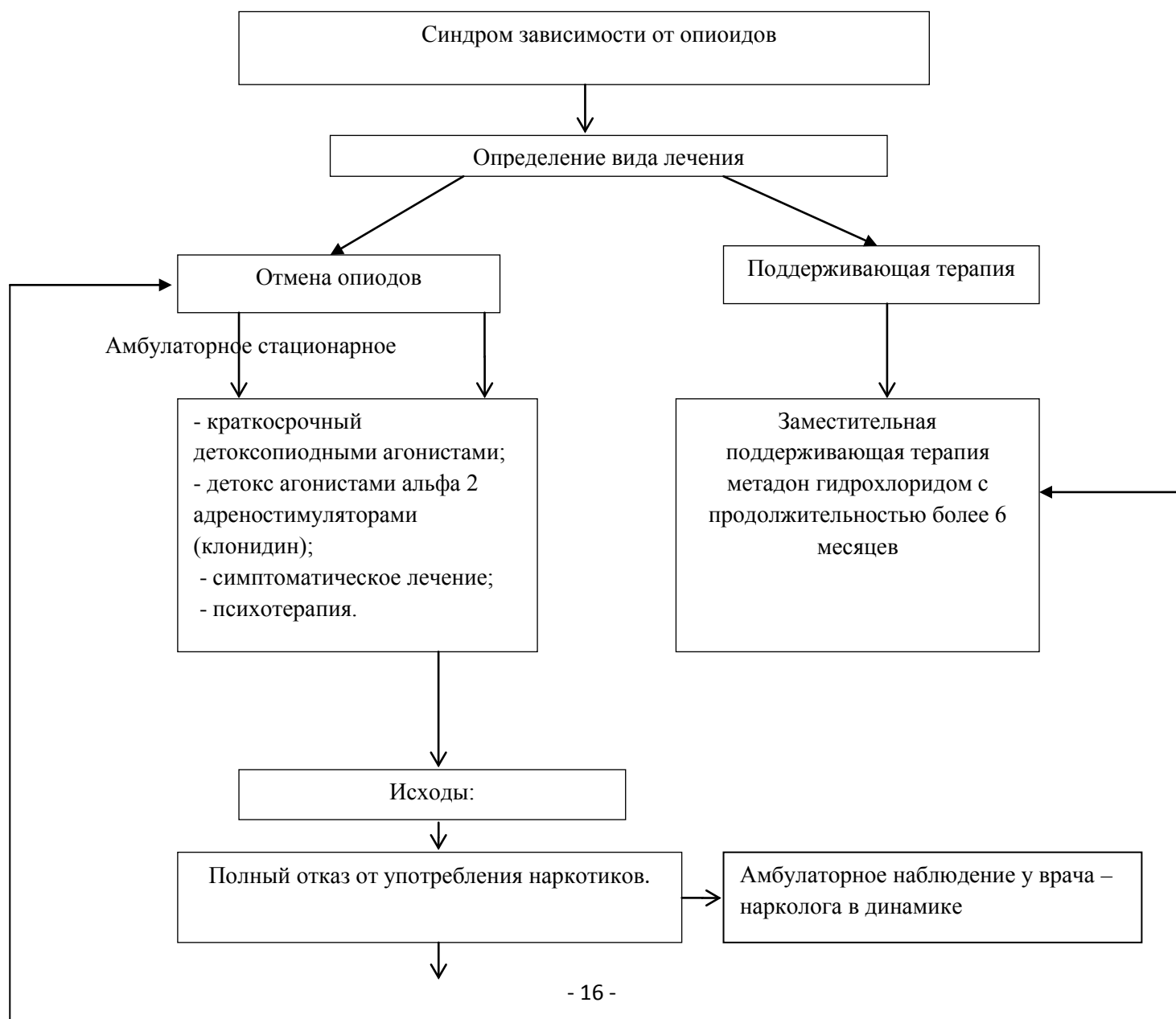
7. Лоперамид при диарее.

3.2. Лечение опиоидной зависимости на основе поддерживающей терапии агонистами

Поддерживающее лечение состоит из ежедневного введения какого-либо опиоидного агониста (метадон гидрохлорид) или частичного агониста (бупренорфин). При достижении стабильного уровня опиоидного агониста (метадона гидрохлорида) пациентом не ощущается синдром отмены, а скорее он чувствует себя как «нормальное состояние». На практике разным пациентам подходят разные дозы препарата. Многим пациентам приходится пройти несколько эпизодов разных доз препарата, прежде чем будет найден эффективный, стабилизирующий для них дозы метадона гидрохлорида. Подбор дозы препарата нужно делать вместе, врачу консультанту и пациенту, учитывая при этом приоритеты пациента, принципы врачебной этики и доказательства эффективности лечения, а также индивидуальные факторы из жизни пациента, такие как, например, прохождения лечения в прошлом.

Далее в настоящем руководстве будет отражена методология второго фармакологического подхода в лечении опиоидной зависимости – заместительная поддерживающая терапия.

Алгоритм ведения пациентов с опиоидной зависимостью в лечебно-профилактических учреждениях наркологической службы



3.3. Заместительная поддерживающая терапия метадон гидрохлоридом в лечебно-профилактических учреждениях наркологической службы

Заместительная поддерживающая терапия - это метод длительной (более шести месяцев) медицинской помощи с использованием лекарственных средств относимых к агонистам опиатов, в сочетании с оказанием социально-психологической помощи лицам, страдающим зависимостью от опиоидов. В Республике Таджикистан для заместительной поддерживающей терапии лиц с опиоидной зависимостью используется препарат метадона гидрохлорид.

Для обеспечения эффективности заместительной терапии этот вид лечения, как и любой другой, должен:

- быть основан на потребностях пациента;
- предоставляться в течение нужного периода времени при правильной дозировке, подобранной для данного пациента;
- предоставляться непрерывно.

Главные цели заместительной терапии строятся на концепции общественного здравоохранения и снижения вреда. В заместительной терапии ставятся следующие цели:

- помочь людям оставаться здоровыми до тех пор, пока при надлежащей помощи и поддержке они не смогут достичь жизни без наркотиков, или же, если они не могут достичь этого или желают выйти из программы, оставаться в программе лечения в течение многих лет или даже всю свою жизнь;
- уменьшить употребление незаконных наркотиков или не предписанных врачом препаратов;
- решить проблемы, связанные с употреблением наркотиков;
- уменьшить опасности, связанные с употреблением наркотиков, в частности, риск передачи ВИЧ, вирусов гепатитов В и С и других гемотрансмиссивных инфекций, сопряженный с употреблением инъекционных наркотиков и использованием общих принадлежностей для инъекций;
- уменьшить продолжительность эпизодов употребления наркотиков;
- уменьшить вероятность рецидива употребления наркотиков в будущем;
- снизить криминальную активность больного, для добывания денег на покупку наркотиков.

3.4. Показания и условия для включения в терапию

Показания для применения заместительной терапии:

- Установленный диагноз зависимости от опиоидов;
- Инъекционный способ употребления опиоидов на момент обращения.
- Индивидуальные показания – по решению специальной консультативной комиссии.

Противопоказания для включения в программу заместительной терапии:

1. Аллергическая реакция на метадон гидрохлорид или составные части препарата;
2. Дыхательная недостаточность;
3. Значительная печеночная недостаточность (риск развития печеночной энцефалопатии);

4. Невозможность дать информированное согласие. (Психическое расстройство, возраст до 18 лет)

3.5. Информированное согласие и терапевтический контракт

Перед началом заместительной терапии необходимо получить информированное согласие пациента.

Информирование пациентов включает в себя следующие основные компоненты:

1. Описание смысла заместительной терапии,
2. Описание целей лечения,
3. Информация о преимуществах и недостатках лечения,
4. Формы контроля за пациентом,
5. Ожидаемая длительность лечения,
6. Побочные эффекты метадона,
7. Риск сопутствующего употребления психоактивных веществ,
8. Возможные альтернативные способы лечения.

После информирования пациента о программе лечения с ним заключается терапевтический контракт. В контракте должны быть отражены обязанности участвующих сторон.

Медперсонал лечебно-профилактических учреждений наркологической службы обязуются:

1. Обсуждать возможные изменения в схеме терапии с пациентом;
2. Встречаться с пациентом через определенные интервалы времени.

Пациент обязуется:

- Регулярно встречаться с врачом и другими медперсоналом;
- Со всей ответственностью относиться к назначениям врача;
- По первому требованию сдавать образцы мочи для проверки на содержание наркотиков;
- Минимизировать/полностью прекратить потребление незаконных наркотиков;
- Запрещается незаконный оборот наркотиков и любое проявление агрессии со стороны пациента.

Пациента информируют, что при серьезном нарушении соглашения курс лечения может быть прерван.

4. МЕТАДОН ГИДРОХЛОРИД

Метадон (метадона гидрохлорид) является наиболее часто употребляемым препаратом при ОЗТ используемым в лечебно-профилактических учреждениях наркологической службы. Это синтетический опиоидный агонист, который имеет действие, аналогичное действию морфина. Он выпускается в двух формах – в виде таблетки и жидкого раствора. Метадон хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта, независимо от формы (сиропа или таблетки). Метадон имеет очень хорошую биодоступность 80-95%. Его применяют в форме 0,5% раствора (1 мл раствора содержит 5 мг метадона) или в таблетках по 5, 10, 20 и 40 мг. При пероральном применении он появляется в крови через 30 минут. Пиковая концентрация в крови появляется через 2-4 часа после его приема. Метаболизм метадона происходит в основном в печени, выведение метаболитов с мочой и желчью. Продолжительность полужизни препарата в плазме составляет от 14 до 30 часов, в среднем 24 часа. Эта фармацевтическая особенность препарата делает метадонгидрохлорид препаратом выбора в качестве замены опиоидных наркотиков, потому что позволяет один раз в день употреблять препарат а пероральное введение позволяет избегать инъекции.

Для достижения равновесной концентрации в крови необходимо прием метадона в постоянной дозе в течение 5-10 суток. Метадон сильнее, чем морфин связывается с тканевыми белками и белками крови, что обеспечивает стабильную концентрацию в крови. При постоянном приеме он накапливается в жировой ткани, создавая тем самым депо, и его концентрация в крови колеблется незначительно. В дозе 60-120 мг он обеспечивает блокаду опиоидных рецепторов, и если пациент параллельно употребляет другие опиоиды, то они не оказывают эйфоризирующего эффекта. Эйфоризирующий эффект метадона при приеме внутрь выражен значительно меньше, чем при приеме героина.

Эффект «прихода» при употреблении героина внутривенно обусловлен быстрым нарастанием его концентрации в головном мозге. Метадон является менее липофильным и поэтому медленно проникает через гематоэнцефалический барьер. Побочные действия препарата возникают у 20% пациентов.

4.1. Назначение и дозирование метадона гидрохлорид

Общие принципы:

начинать с низких доз, увеличивать медленно, но стремиться к оптимальным дозам.

- Прежде всего, не навредить: оценки степени зависимости и толерантности ненадежны и ни в коем случае не должны браться за основу при определении начальных доз метадона, которые в случае неправильной оценки могут вызвать передозировку.
- Никакой моральной ценности, ассоциирующей с «высокими» или «низкими» дозами, не существует.
- Метадон не должен даваться как «награда» или не даваться как «наказание».
- Чем шире услуг может быть предложено, тем лучше, но такие услуги не должны быть обязательными.
- Одним из главных препятствий, мешающих эффективности метадоновой терапии, является широко распространенное клеймо позора, или стигма, ассоциирующая с данной болезнью, с проходящим лечение человеком и с самим лечением. Необходимо оказывать поддержку потребителям наркотиков в преодолении этой стигмы, а медработникам следует изыскивать любую возможность для просвещения контингента учреждения (в том числе – и, пожалуй, самое главное – своих коллег-медиков).
- Если нет однозначного документального подтверждения того, что ранее, в других условиях пациенту давались более высокие дозы метадона, следует применять дозировку, рекомендуемую в методических указаниях для впервые начинающих лечение.
- В максимально возможной степени необходимо принимать меры к интеграции услуг.

4.2. Начальный этап терапии (подбор дозировки)

Метадон является сильнодействующим опиоидом. Для взрослых, не имевших опыта употребления опиоидов, летальная доза составляет 50 мг, для детей 10 мг. При заместительной терапии различают две стадии лечения: стадия индукции и стадия стабилизации. На стадии индукции происходит постепенное увеличение суточной дозы препарата до оптимальной. На стадии стабилизации пациент получает постоянную дозу метадона, которая в некоторых случаях может быть изменена (интеркуррентные заболевания, сопутствующая терапия другими медикаментами и др).

Рекомендуется начинать подбор начальных доз метадона с 20 мг, а если есть сомнения в толерантности пациента, то с 10 мг. Повышение дозы, при сохранении симптомов отмены опиоидов, возможно через 3 часа после первого приема. Дополнительная доза составляет 5 мг, а через 3 часа можно добавить еще 5 мг. На протяжении этого времени пациент должен находиться под контролем. Учитывая, что метадон способен аккумулироваться в организме, увеличение дозировки метадона в первую неделю не должно быть более 5 мг в сутки и не более 15 мг в течении всей первой недели. Необходимо помнить, что передозировка метадоном представляет большую опасность, но с другой стороны, недостаточная доза

является неэффективной. Первоочередной задачей первого этапа индукции является устранение синдрома отмены опиатов.

Во избежание развития симптомов отмены и своевременного купирования возникших симптомов абстиненции, на начальном этапе терапии необходимо ежедневное наблюдение и консультирование пациента до стабилизации его состояния. Время, которое необходимо для того, чтобы правильным образом стабилизировать пациента в рамках лечения метадонем, может составлять до шести недель и более.

Пациентам, находящимся в состоянии опьянения (наркотического или алкогольного), нельзя давать очередную дозу метадона до тех пор, пока у них не пройдет состояние интоксикации.

4.3. Этап поддержания

После первичной индукции начинается этап определения поддерживающей дозы метадона. Его целью является преодоление тяги к нелегальным наркотикам, а также достижение „эффекта блокады”. Этот эффект заключается в том, что применение соответствующей дозы метадона блокирует острые эйфорические ощущения в случае употребления пациентом нелегальных опиатов. На этом этапе доза увеличивается постепенно. Темпы повышения дозы зависят от базовой дневной дозы метадона, Если она составляет 60 мг, темп изменений может составлять 5 мг за 5 дней, если эта доза выше, скорость изменений составляет 10 мг за 3 дня. В среднем параметры повышения дозы составляют 10 мг в неделю при дозе 40-100 мг и 15 мг в неделю при дозе более 100 мг.

По данным различных исследований оптимальный диапазон для большинства больных колеблется в пределах 80-120 мг/сут. Для некоторых пациентов будут достаточными и меньшие дозы (40-60 мг), другие по своему состоянию нуждаются в 120-180 мг и более. Величина дозы никак не должна быть связана с моральными принципами, а базироваться только на взвешенном клиническом решении. Следует так же избегать «манипулированием» дозой, повышая ее в качестве «награды» или снижая в качестве «наказания» пациента.

Важным фактором терапии является контроль над состоянием пациентов. Медсестра (фельдшер), которая выдают пациенту ежедневную дозу метадона и наблюдает за ним, при наличии признаков измененного состояния (проявления интоксикации или, наоборот, синдрома отмены, изменений в состоянии здоровья, пр.), перед тем, как дать назначенную дозу метадона, направляет пациента на осмотр к врачу. Пациенты, которые пропустили предыдущий визит, также направляются к врачу.

На этапе поддержания у пациента могут быть выявлены симптомы отмены, возникшие по различным причинам (низкие дозировки метадона, прием алкоголя, антибактериальных и АРВ препаратов, пропуск в приеме препарата и т.д.). Наличие тяги к употреблению опиоидов, признаков синдрома отмены и сопутствующего употреблению психоактивных веществ, свидетельствует, как правило, о недостаточной суточной дозе метадона. Пациент должен быть информирован, что в процессе подбора суточной дозы метадона могут наблюдаться явления синдрома отмены и тяга к наркотику. Изменение дозы метадона может потребоваться в случае назначения лекарств, которые изменяют его метаболизм в организме. Если наблюдается головокружение и сонливость, то необходимо снизить дозу метадона. На этапе индукции поддерживающей дозы пациент осматривается врачом ежедневно, а при дополнительном назначении метадона - несколько раз на протяжении дня, о чем делается соответствующая запись в амбулаторной карточке или в медицинской карте стационарного больного. Наблюдение за состоянием пациента осуществляется специалистами по мере обращения его за консультацией, но не менее одного раза в неделю во 2-й месяц; каждые две недели со второго месяца; далее раз в месяц (при необходимости чаще). Любые существенные изменения состояния пациента, а также дополнительные назначения или смена дозировки должны фиксироваться во врачебных записях.

4.4. Процедура выдачи метадона участнику

Метадон выдается пациентам ежедневно, согласно графику работы сайта/пункта. Дозирование согласно с листом назначений осуществляет медсестра. Жидкая форма метадона любой концентрации дозируется при помощи дозатора. Пациенты принимают метадон исключительно в присутствии и под наблюдением медсестры. Личные данные сотрудников, задействованных в транспортировке, хранении и выдаче раствора метадона предоставляются руководителями программ в АКН Республики.

4.5. Выдача доз на руки

В перспективе с целью обеспечения приверженности к терапии необходимо будет решить вопрос о выдаче доз на руки с учётом соблюдения конкретных правил со стороны участника программы. Выдача доз на руки для дома может играть важную роль в сельской местности или там, где есть материально-технические трудности, связанные с ежедневным посещением места отпуска. Такая практика может начинаться не раньше, чем через 6 месяцев после начала терапии при условии стабильности дозы, регулярной явки, отсутствия замечаний и отрицательных анализов на содержание наркотиков. Практика приёма метадона дома расширяется постепенно от 1 дня в неделю до максимального периода в 1 неделю (не раньше, чем через год после начала успешного лечения). Решение про льготы домашнего приёма метадона принимает СКК. Решение фиксируется письменно с указанием дозы метадона и дни домашнего приёма на протяжении недели. Один экземпляр этого решения выдаётся на руки пациенту. При наличии данных о злоупотреблении этой привилегией или изменений в состоянии пациента он опять переводится на приём метадона в сайт клиники.

В любом случае, пациент, который получил метадон для приёма дома, несет полную ответственность за его сохранность и целевое использование согласно с действующим законодательством. Метадон для приема дома может выдаваться непосредственно в центре ОЗТ в заранее расфасованном виде. Другой вариант распределения метадона, который не противоречит действующему законодательству – это выписка его по рецептам (спецбланк для назначения наркотических препаратов). Учреждения, которые выписывают рецепты на специальных бланках должны четко придерживаться всех требований и наладить взаимодействие с аптеками.

Метадон, который выдается домой, принимается пациентом самостоятельно.

4.6. Важные критерии выдачи дозы на руки

Выдача доз на руки для приёма на дому в целом относится только к метадоновой заместительной терапии и оно должно осуществляться в соответствии с законодательством страны, где реализуется программа. Выдача доз бупренорфина на руки для приёма дома обычно не рекомендуется, так как у пациента высок риск инъекционного потребления бупренорфина. Пациенты должны быть клинически стабильными до того, как им выдадут на руки дозы. Выдаваемая на руки для приёма на дому доза лекарства должна быть идентичной дозе, отпуск и приём которой находится под контролем или наблюдением.

Необходимо провести оценку пациента на предмет его стабильности, прежде чем он начнет приём доз на дому. Оценка стабильности (как правило, в течение предыдущих двух месяцев), должна включать в себя следующее:

- Текущая приверженность контролируемому дозированию
- Существующая приверженность назначениям/встречам с командой по лечению
- Отсутствие случаев потребления дополнительных незаконных опиоидов или других ПАВ (может или не может быть подтверждено выборочным тестом мочи на содержание наркотиков)
- Стабильное психическое здоровье
- Стабильное жильё
- Безопасное место для хранения лекарств (особенно если есть дети в доме).

Может быть трудным оценить, является ли тот или иной пациент достаточно стабильным, чтобы брать дозы для их приёма на дому. Необходимо проконсультироваться со всей лечащей командой, включая социального работника, фармацевта, для принятия решения относительно выдачи доз на руки для их приёма на дому.

Развитие событий относительно выдачи доз для их приёма на дому может идти в следующей последовательности:

- Не принимать дозы дома в первые шесть месяцев лечения
- Оценка стабильности – одна доза на руки в неделю
- Оценка стабильности в течение месяца - приём двух доз дома в неделю
- Оценка устойчивости в течение одного месяца – приём трех доз дома в неделю
- Оценка устойчивости в течение одного месяца - приём четырех доз дома в неделю.

Для высокостабильных пациентов рекомендуется максимум выдача на руки четырех доз метадона каждую неделю, а это означает, что пациенты будут иметь контролируемое дозирование три раза в неделю.

Выдача доз на руки для их приёма на дому не рекомендуется в следующих ситуациях:

- Потребление других ПАВ
- Последние случаи передозировки или появление в состоянии опьянения для получения дозы
- Нестабильные психиатрические состояния
- Считается, что пациент может потребить принесенные домой дозы инъекционным способом.
- Нарушение правил терапевтического контракта

4.7. Контроль мочи на употребление не назначенных ПАВ

С целью объективной оценки состояния и поведения пациентов предусмотрено проведение уриноконтроля. Анализ проводится на наличие опиатов (морфин, героин). А также барбитуратов, бензодиазепинов и амфетаминов. Рекомендованная частота уриноконтроля – 1 раз в месяц, на протяжении первого года терапии. При успешном лечении на протяжении года, эта частота может быть уменьшена до 1 раза в квартал. В случае необходимости, врач имеет право назначать проведение уриноконтроля и чаще. Результаты анализов используются для более тщательной установки дозы метадона, особенно “блокирующего” действия, а также для проведения дополнительных интервенций, если выявляются признаки злоупотребления другими психоактивными веществами.

Процедура уриноконтроля должна выполняться с соблюдением этических норм и одновременно обеспечивать достоверность результатов. Лабораторный анализ может осуществляться как при помощи стандартных тест-систем, так и методами тонкослойной хроматографии. Выбор конкретной методики зависит от возможностей того или другого учреждения.

4.8. Пропуск доз метадона

Управление пропущенными дозами при опиоидной заместительной терапии

Количество пропущенных дней	Рекомендуемые действия
1 день	1. Продолжение существующей дозы, рассмотреть при следующем назначении
2 день	2. Рассмотреть вопрос на СКК 3. Продолжить лечение существующей дозой
3 день	4. Рассмотреть вопрос на СКК 5. Дать половину дозы метадона и возобновить нормальный режим дозирования на следующий

	день
Более чем 3 дня	6. Рассмотреть вопрос на СКК 7. Дать половину дозы метадона и возобновить нормальный режим дозирования на следующий день 8. Держать пациента под пристальным наблюдением в течение следующих нескольких дней
Если были пропущены 5 дней, начать новое введение	

4.9. Рвота

Если рвота произошла через 20 мин. и более после приема метадона, то он успел всосаться. Если рвота произошла в течение 20 мин. после приема метадона, то необходимо наблюдение в течение 4-6 часов. При развитии синдрома отмены опиоида пациенту дополнительно назначают половину его суточной дозы.

Управление дозами, которые пациенты вырвали, в течение опиоидной заместительной терапии

Время рвоты	В присутствии	Действие
Рвота > 20 минут после дозы	Рвота при свидетелях или незамеченная рвота	Метадон, вероятно, уже абсорбировался, поэтому действия не требуется
Рвота < 20 минут после дозы	Рвота дозы метадона в присутствии	Повторное введение той же дозы метадона
	Рвота дозы метадона без свидетелей	Обзор больного спустя 4 часа для оценки того, испытывает ли или нет пациент абстиненцию <ul style="list-style-type: none"> • Признаки абстиненции – дать нормальную дозу • Нет признаков абстиненции – дозы не давать, а возобновить её прием на следующий день

4.10. Этап завершения терапии метадонем

Основания для завершения терапии пациентом:

1. Плановое завершение лечения по согласованному решению пациента и врача.
2. Досрочный отказ от дальнейшего участия по одностороннему решению пациента.
3. Исключение пациента из терапии.

Критериями для исключения пациента из терапии могут являться:

- Нерегулярный прием метадона, отказ от контактов с медперсоналом;
- проявление агрессии к персоналу сайта;
- попытка несанкционированного выноса метадона из кабинета выдачи препарата;
- наличие индивидуальной повышенной чувствительности к препарату.

В случае планового завершения терапии назначается следующая схема снижения дозировок метадона: по 10 мг еженедельно до достижения 80 мг в сутки, далее по 5 мг в неделю до достижения суточной дозы до 40 мг. Последующее снижение дозы должно быть в пределах 2,5 мг в неделю. В последние два дня участия в лечебной программе рекомендуются дозы 5 мг/сутки с последующей отменой препарата.

В случае намерения пациента досрочно прекратить лечение или исключения пациентом рекомендуется ежедневное снижение дозы метадона на 10 мг до достижения уровня

40 мг. По достижению дозировки 40 мг/сутки ОЗТ может быть остановлено. Если обстоятельства позволяют, снижение дозировки должно быть продолжено так же, как при схеме добровольной отмены ОЗТ. Более скорая отмена метадона может быть приемлема только для предупреждения насилия со стороны выписываемого пациента в отношении сотрудников или других пациентов программы ОЗТ.

Важно помнить, что до определенного этапа снижения дозировки метадона пациент будет чувствовать себя довольно комфортно, после чего может наступить момент, когда для пациента потребуется снижение интенсивности/скорости отмены или вернуться на некоторое время к назначению последней, более комфортной, дозировки метадона до стабилизации состояния и далее продолжить постепенную отмену ОЗТ.

5. ДЕТОКСИКАЦИЯ ПРИ ПОМОЩИ ЗТМ

Некоторые потребители наркотиков успешно достигают состояние полной и стабильной абстиненции методом детоксификации. Тем не менее, детоксикация не будет эффективным в долгосрочной перспективе для большинства потребителей. Преимущества ОЗТ можно преумножить путем сохранения клиентов в лечении, назначения оптимальных, а не низких доз метадона гидрохлорида, ориентация программы ОЗТ на поддержание, а не воздержание. В рамках программы ОЗТ предлагая консультации, обследование и лечение психических сопутствующих заболеваний, и социальных методов лечения и укрепление терапевтического альянса между врачом и пациентом, добиваются стабилизацией состояние пациентов чтобы минимизировать рисковое поведения.

Детоксикация при помощи метадона гидрохлорида или другого заместительного препарата может проводиться как с целью детоксикации от нелегальных опиатов, так и с целью выхода из программы ОЗТ, прекращения терапией метадоном. Для детоксикации рекомендуется использование одного из нижеприведенных по продолжительностью стандартных схем детоксикации:

Режим детоксикации – 2 недели:	Режим детоксикации – 1 месяц:	Режим детоксикации – 4 месяца:
25 мг в течение 3 дней	40 мг в течение 4 дней	45 мг в течение 14 дней
20 мг в течение 3 дней	35 мг в течение 3 дней	35 мг в течение 14 дней
15 мг в течение 3 дней	30 мг в течение 4 дней	30 мг в течение 14 дней
10 мг в течение 3 дней	25 мг в течение 3 дней	25 мг в течение 14 дней
5 мг в течение 2 дней	20 мг в течение 4 дней	20 мг в течение 14 дней
	15 мг в течение 3 дней	15 мг в течение 14 дней
	10 мг в течение 4 дней	10 мг в течение 14 дней
	5 мг в течение 3 дней	7 мг в течение 14 дней

Во всех указанных случаях не исключена возможность выработки схемы снижения дозы метадона лечащим врачом совместно с пациентом индивидуально. Врач может внести изменения в существующие схемы, если пациент ещё не готов к дальнейшему снижению, он может «задержаться» на некоторое время на одной дозе или даже временно её увеличить.

В некоторых случаях на финальной стадии детоксикации возникает в необходимости дополнительной детоксификации с использованием клонидина, обезболивающих средств не опийной группы, снотворных или бензодиазепинов. После проведения детоксикации крайне важным является создание системы поддержки путем дальнейшего реабилитацией и привлечения в группы самопомощи.

6. МЕХАНИЗМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ РАСТВОРОМ МЕТАДОНА ГИДРОХЛОРИДА

Транспортировка недельного запаса раствора метадона в аптеки/аптечные склады, филиалы, кабинеты ЗПТМ ОЗТ осуществляется фармацевтом/провизором или медицинской сестрой ЗПТМ лечебно-профилактических организаций Министерства здравоохранения и социальной защиты населения в сопровождении экспедитора-охранника. Готовый раствор метадона гидрохлорида содержится в промаркированной посуде с указанием наименования раствора, даты приготовления, серийного номера, срока годности. Срок годности приготовленного раствора 10 дней.

Хранение раствора метадона осуществляется в сейфах, установленных в специально оборудованных помещениях, отвечающим установленным требованиям по хранению и использованию наркотических средств (приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан «О порядке хранения, учета, отпуска и применения в медицинской практике наркотических средств, ядовитых, психотропных, сильнодействующих веществ и прекурсоров в Республике Таджикистан»), а также установленным требованиям в медицинском учреждении, где внедряется терапия.

7. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Опиоидная зависимость эффективно лечится с помощью лекарственных средств. Однако применять лекарственные средства без оказания какой-либо психосоциальной помощи – это значит, не учитывать полифакторной, комплексной природы опиоидной зависимости, потерять возможность осуществления оптимальных вмешательств и требовать от лечебного персонала, действовать вопреки своей профессиональной врачебной склонности к реагированию на всю совокупность потребностей пациентов. Программы по лечению опиоидной зависимости должны стремиться оказывать интегрированную всеобъемлющую психосоциальную помощь каждому пациенту на месте. В Руководстве ВОЗ по фармакологическому лечению опиоидной зависимости и психосоциальной помощи (2010) даются следующие рекомендации по психосоциальной поддержке в программах ОЗТ: «Психосоциальная поддержка оказывается всем пациентам с опиоидной зависимостью в комплексе с фармакологическим лечением опиоидной зависимости. Она должна включать в себя, как минимум, оценку психосоциальных потребностей, благожелательное консультирование и связи с существующими службами по работе с семьями и общинами».

В целях эффективной терапии в рамках ОЗТ в зависимости от потребностей пациентов и результатов психологических тестов необходимо обеспечить пациентам доступ в получении следующих видов психотерапевтической помощи:

- ситуационное управление или мотивационные беседы - такая беседа стимулирует и укрепляет стремление пациента изменить поведение;
- когнитивно-поведенческая психотерапия - ограниченное во времени, структурированное целеориентированное психологическое вмешательство, направленное на решение проблем потребителей наркотиков, проходящих лечение. В ходе лечения выявляются детерминанты или факторы высокого риска приема наркотиков, что позволяет пациенту освоить навыки преодоления проблем и приобщиться к более здоровому образу жизни;
- Группы самопомощи или программы с участием равных по положению.

Социальное сопровождение пациентов лечебно-профилактических учреждений наркологической службы в рамках комплексной терапии должно включать:

- помощь пациентам в налаживании утраченных семейных отношений;
- направление их в службы социальной поддержки;
- предоставление информации по процедуре восстановления документов, удостоверяющих личность после утери;

- формирование сотрудничества и преемственности в работе с государственными, реабилитационными, благотворительными и неправительственными организациями, деятельность которых тесно связана с ЛУИН, живущими с ВИЧ;
- организацию различных образовательных семинаров для пациентов и сотрудников программ.

8. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ

Продолжительность участия в поддерживающем лечении не ограничена и определяется желанием пациента, согласованным с лечащим врачом.

9. МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

Мониторинг эффективности ОЗТ проводится различными методами. Особенно важно планировать лечение и регулярно его пересматривать. Это позволяет улучшить результаты терапии. В плане лечения можно указать кратко-, средне- и долгосрочные цели; по результатам их достижения можно судить об успехах. Все сведения об обследовании, лечении и достигнутых успехах должны заноситься в медицинскую карту пациента. В ней должна быть отражена следующая информация:

- оценка результатов обследования;
- план лечения;
- суточные дозы метадона;
- побочные эффекты назначенных препаратов;
- схемы медикаментозной терапии (включая АРВ-препараты);
- оказанная медицинская помощь;
- оказанная психологическая и психиатрическая помощь;
- оказанная социальная помощь;
- данные лабораторных исследований;
- клинические наблюдения;
- сведения о соблюдении лечебных рекомендаций;
- обстоятельства прекращения и окончания лечения;
- согласие на прекращение лечения.

Критерия эффективности ОЗТ

- Улучшение соматического состояния
- Улучшение психоэмоционального состояния
- Возобновление и/или увеличение контактов с родными и близкими
- Снижение уровня криминального поведения
- Снижение уровня потребления нелегальных наркотиков и уменьшение рискованного поведения.

10. ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ МЕТАДОНА

Седативный эффект. Все опиоиды оказывают на организм седативное воздействие но у тех, кто постоянно принимает стабильную дозу метадона, ощущение вялости появляется достаточно редко. Причиной может быть слишком высокая суточная доза метадона, сопутствующий прием седативных препаратов, прием медикаментов, увеличивающих концентрацию метадона в крови.

Запоры. Метадон может способствовать снижению мышечных сокращений стенки толстой кишки, которое приводит к задержке пассажа каловых масс по кишечнику. Метадон также заметно понижает раздражения рецепторов, вызывающих акт дефекации, и увеличивает давление анального жома, что еще больше повышает вероятность запоров, от которых страдают очень многие потребители опиатов.

Повышенное потоотделение наблюдается у 50 % пациентов. При выраженной потливости показаннифедипин.

Нарушение менструального цикла наблюдаются у 90 % женщин, употребляющих опиоиды внутривенно. Это связано не только с фармакологическим действием наркотика, но и со стрессами и плохим питанием. При проведении заместительной терапии нарушения менструального цикла встречаются у 20 % женщин.

Увеличение массы тела. Раствор метадона не отличается высокой калорийностью (всего 1,7 ккал на 1 мл) и потому появление лишнего веса во время метадоновой терапии может быть связана со следующими факторами: •повышенный аппетит у лиц, принимающих метадон (по сравнению с потребителями героина); •неправильное питание; недостаточность веса в начале курса терапии; •недостаточно подвижный образ жизни; уменьшение стрессов. Такие побочные эффекты обычно возникают в начале терапии и со временем ослабевают. У некоторых пациентов они проявляются в течение длительного времени, однако, как правило, не приводят к медицинским последствиям.

11. ПЕРЕДОЗИРОВКА МЕТАДОНОМ

Для детей и взрослых, у которых не выработалась толерантность к метадону, доза в 50 мг (0,8-1,5 мг/кг) может оказаться смертельной. Летальными могут стать и меньшие дозы, если метадон принимают в сочетании с препаратами седативного воздействия (алкоголь, бензодиазепины, барбитураты, димедрол). Более чувствительными являются пациенты с дыхательной недостаточностью и нарушениями функции печени.

Пациентов необходимо информировать о следующих правилах, которые они должны соблюдать, чтобы не допустить передозировки.

- Нельзя оставаться в одиночестве или же заснуть в течение первых четырех часов после принятия первой дозы назначенного метадона.
- Опасным является сопутствующий прием «уличных» опиоидов, барбитуратов, бензодиазепинов и алкоголя.
- Если пациенту назначены какие-либо лекарства, то он должен сообщить об этом врачу метадоновой программы, т.к. это может потребовать коррекции дозировки метадона.

Признаками передозировки являются:

- медленное поверхностное дыхание;
- снижение артериального давления;
- ослабление или исчезновение пульса;
- уменьшение частоты сердцебиения;
- сужение зрачков;
- посинение губ и кончиков пальцев;
- бледность и сухость кожи;
- нарушение сознания (от состояния сонливости до полного отсутствия сознания);
- тошнота, рвота;
- нарушение речи.

Основным лекарственным средством для терапии передозировки метадонем (и другими опиоидами) является налоксон. Он является конкурентным антагонистом опиоидов за воздействие на рецепторы головного мозга. Налоксон вводят внутривенно, внутримышечно или подкожно в начальной дозе 0,2 - 0,4 мг. Если дыхательная функция не восстанавливается, рекомендуется назначить повторные (более высокие) дозы налоксона через каждые 3-5 минуты до восстановления сознания и спонтанного дыхания в суммарной дозе до 10 мг. Даже если у пациента намечается улучшение он может снова испытать ухудшение, когда действие налоксона заканчивается. По этому терапия налоксоном при передозировкой от метадона должна быть продолжительной. Крайне важно чтобы

пострадавший от передозировки находился под наблюдением врачей по крайней мере 24 часа. Если пациентам с угнетением дыхательной функции не помогает налоксон, необходимо применение искусственной вентиляции легких.

12.БЕРЕМЕННОСТЬ И ОПИОИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Демографические характеристики опиоидной зависимости показывают тенденцию, что опиоидо зависимые женщины, как правило, находятся в фертильном возрасте, а это означает, что беременность не является редкостью среди женщин-пациенток. Беременные женщины с активным синдромом зависимости от опиоидов должны приниматься в ОЗТ вне очереди. Многочисленными исследованиями доказано, что метадон не имеет тератогенного влияния на плод, его использование на протяжении беременности по сравнению с употреблением нелегальных наркотиков значительно улучшает состояние здоровья женщины и протекание беременности. У новорождённых наблюдаются проявления синдрома отмены опиоидов, которые хорошо лечатся.

Все попытки должны быть направлены на привлечение и сохранения в схеме лечения беременных женщин на ранних стадиях беременности, чтобы оптимизировать дородовой уход. Это включает в себя скрининг на предмет потребления других веществ и вопросы психического здоровья, а также наличия вирусов, передаваемых через кровь.

Опиоидный выход обычно не рекомендуется во время беременности из-за плохих результатов беременности. Там, где это возможно, беременным женщинам нужно рекомендовать заместительную терапию с использованием метадона, так как он ассоциируется с наиболее благоприятными результатами. Так как в большинстве случаев беременность у этой категории населения не является планируемой, женщинам, которые начинают лечение опиоидной зависимости, должны быть предложены услуги по планированию семьи и контролю рождаемости, включая эффективные противозачаточные средства.

В настоящее время метадон рекомендуется в качестве основного препарата для ОЗТ у беременных с опиоидной зависимостью. ОЗТ предупреждает рецидивы использования нелегальных наркотиков, предотвращает симптомы абстиненции и уменьшает риск осложненной беременности. Она должна сочетаться с дородовой помощью и психосоциальным консультированием (группы поддержки, социальная поддержка, управление неожиданными ситуациями, обучение поведенческим навыкам, мотивационная и семейная поведенческая психотерапия).

Факты показывают, что воздержание от наркотиков у беременных с опиоидной зависимостью (включая тех, кто получает метадон) повышает риск внутриутробной гибели плода даже при самых благоприятных в остальных условиях. Доказано, что заместительная терапия метадоном в сочетании с дородовой помощью улучшает развитие плода, в то время как продолжение употребления героина во время беременности может привести к гибели ребенка.

Метадон – препарат длительного действия, который при назначении в адекватных дозах обеспечивает относительно благоприятные условия для развития плода. У беременных лечение метадоном необходимо начинать как можно раньше. Начало лечения в первом триместре беременности оптимально как для матери, так и для ребёнка, и ассоциируется с более высокой массой тела новорожденного.

12.1. Доза

Дозу метадона всегда необходимо подбирать индивидуально; она должна быть достаточной для устранения субъективных и объективных симптомов абстиненции и уменьшения тяги к наркотику. Следует использовать минимальную эффективную дозу. Дозы менее 60 мг/сут неэффективны; назначение низких доз у беременных пациенток часто приводит к повышению потребления незаконных наркотиков, а также к отказу от заместительной терапии. У небольшого числа пациенток, получающих метадон, из-за особенностей обмена веществ или приёма некоторых препаратов метаболизм метадона

печени ускоряется. Это может потребовать назначения доз, превышающих 80-120 мг/сут.

12.2. Снижение дозы (детоксикация)

Как только состояние пациентки, получающей метадон, стабилизируется, необходимо обсудить с ней, готова ли она к постепенному снижению дозы и прекращению заместительной терапии перед родами, или же поддерживающую терапию следует продолжать. Снижать дозу можно только в том случае, если беременность протекает без осложнений, и достигла второго триместра. Снижение дозы на 2,5–5 мг в неделю считается безопасным. Необходимо сделать все возможное, чтобы не допустить симптомов абстиненции, так как они вызывают выраженный дистресс у плода.

12.3. Повышение дозы

На поздних сроках беременности может потребоваться повышение дозы метадона или деление дозы пополам (приёмом утром и вечером), чтобы не допустить низких концентраций метадона в крови вследствие увеличения объёма циркулирующей плазмы, повышения связывания метадона белками плазмы и усиления почечного кровотока. Иногда дозу метадона приходится повышать на 5–10 мг, для того чтобы избежать абстиненции и рецидивов потребления наркотиков. Необходимо отметить, что назначение схемы для ППМР, содержащей невирапин или эфавиренз, требует повышения дозы метадона.

12.4. Взаимодействие между метадон и АРВ-препаратами у беременных

У беременных женщин взаимодействия между метадон и АРВ-препаратами такие же, как у других пациентов. Если в составе схемы для ППМР беременная получает ННИОТ (невирапин или эфавиренз), дозу метадона необходимо повысить, так как ННИОТ существенно снижают концентрацию метадона, что может вызывать симптомы абстиненции.

При исследовании серии случаев показано, что у пациенток, длительно получавших метадон, с началом приёма невирапина для устранения абстиненции ежедневную дозу метадона приходилось повышать на 50–100%. Абстинентный синдром обычно развивался на 4–8-е сутки после начала приёма невирапина.

Метадон существенно повышает концентрацию зидовудина (до 43%), что увеличивает риск побочных эффектов. В связи с этим необходимо тщательное наблюдение за пациентками.

Саквинавир/ритонавир немного снижает уровень метадона; изменение дозы не требуется, однако за пациенткой необходимо наблюдать.

Если возможно, эпидуральную анестезию необходимо провести на самом раннем этапе родов; ее можно повторить в раннем послеродовом периоде, особенно после КС.

12.5. Грудное вскармливание и метадон

Грудное вскармливание во время лечения метадон не связано с неблагоприятными результатами и должно быть рекомендовано всем женщинам.

13. ВИЧ ИНФЕКЦИЯ, ТУБЕРКУЛЕЗ И ОПИОИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Заместительная терапия открывает возможности для улучшения приверженности к АРТ для потребителей опиоидных наркотиков, живущих с ВИЧ. Заместительная терапия позволяет им стабилизировать свою жизнь и избежать или управлять многими осложнениями в связи с рискованным инъекционным поведением. Поэтому ОЗТ рассматривается как важный компонент в стратегии сохранения активных потребителей инъекционных наркотиков в терапии. Он также предоставляет дополнительные возможности для расширения масштабов антиретровирусной терапия, улучшает приверженность и увеличивает доступ к медицинским услугам.

В программах заместительной терапии интегрированных с программами по ВИЧ лечению и уходу могут быть организованы следующие услуги: тестирование на ВИЧ инфекцию, направление их к службам по ВИЧ, поддержание связи с ВИЧ-услугами в отношении лечения и ухода, подготовка потребителей инъекционных наркотиков для АРТ, выдача антиретровирусных препаратов в сочетании с опиоидной заместительной терапией, мониторинг и управление побочными эффектами антиретровирусной терапии, мониторинг и управление взаимодействия между метадонном и антиретровирусными препаратами.

ЛУИИН относятся также к группе повышенного риска заболевания ТБ по ряду причин. Угрозы, которым особенно подвержены потребители наркотиков, – бедность, бездомность, скученность и нахождение в местах лишения свободы – являются ключевыми социальными детерминантами ТБ. Коинфекция ВИЧ также значительно увеличивает риск прогрессирования латентного ТБ в активное заболевание. Поэтому рекомендуется интегрированные подходы в лечении ТБ/ВИЧ и опиоидной зависимости у ЛУИИН. В пунктах заместительной терапии рекомендовано организовать выдачу ДОТС препаратов и мониторинг их употребления, предоставление профилактического лечения изониазодом (ПЛИ) людям с латентным ТБ, живущим с ВИЧ (ЛЖВ), предоставление больным ТБ услуг по тестированию на ВИЧ, консультирование, а также услуг по профилактике ВИЧ-инфекции; предоставление АРТ, котримоксазола и непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией больным ТБ, живущим с ВИЧ.

14. МЕДИЦИНСКИЕ ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГРАММ ОПИОИДНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Этические аспекты опиоидной заместительной терапии основаны на научных доказательствах и соответствующие рекомендациям ВОЗ, Управление ООН по наркотикам и преступности, ЮНЭЙДС и национальному законодательству.

Каждый врач в своей деятельности вынужден решать морально-этические дилеммы и оценивать свою практику из позиций общечеловеческой и профессиональной этики. Заместительная терапия в наркологии не является исключением. Очевидно, что заместительная терапия никак не может ухудшить состояние человека, уже зависимого от наркотиков, а без клинического и лабораторного подтверждения диагноза синдрома зависимости от опиатов доступ к программам заместительной терапии невозможен.

Замечания, касающиеся того, что заместительная терапия будет ограничивать мотивацию к участию пациентов в "drugfree" (свободный от наркотиков) программах так же являются безосновательными. Во-первых, существуют краткосрочные программы заместительной терапии, по окончании которых пациент имеет возможность пройти курс детоксикации и включиться в реабилитационную работу. Во-вторых, число зависимых, первоначально согласных работать в "drugfree" программах, значительно меньше общего количества ЛУИИН и ждать пока мотивация других "созреет" – означает подвергать их риску заражения ВИЧ, передозировки, привлечения к преступной деятельности.

Таким образом, отсутствие вреда от назначения заместительной терапии лицам, зависимым от наркотиков, отвечает основному медицинскому принципу "nonposse (не навреди)". Совершенно очевидно, что назначение замещающего препарата уже зависимому пациенту не формирует новой зависимости и тем самым не наносит дополнительного вреда. Заместительная терапия ничуть не уменьшает шансы пациента полностью избавиться от приема опиатов. Побочные эффекты длительного использования замещающих препаратов хорошо изучены различными специалистами и не являются препятствием для их назначения.

Другим важнейшим аспектом является соблюдение этики базирующейся на праве свободного выбора. Необходимым условием этого права является информированность пациента. В программах заместительной терапии это достигается оформлением специального договора или информированного согласия, где очерчены взаимные права и обязательства врача и пациента, изложены возможности заместительной терапии.

15. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ЗПТМ

1. Журнал регистрации для приёма пациентов в программу.
2. Журнал СКК для приёма пациентов
3. Журнал СКК для исключения пациентов
4. Журнал регистрации пациентов для перенаправления в другие сайты
5. Журнал регистрации пациентов для приёма из других сайтов
6. Журнал «листа ожидания»
7. Форма №___ медицинской карты на пациента ОЗТ
8. Двухсторонний договор ЗПТМ
9. Лист назначения метадона
10. Заявление пациента
11. План лечения и анализов
12. Форма регистрации пациентов
13. Индивидуальный план лечения.
14. Индивидуальный план сопровождения клиента

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Журнал регистрации для приёма пациентов в программу

П/Н №	Дата регистрации	Ф И О пациента	Год рождения	Место жительства	Кем направлен	Состоит на учете в (названия учреждения)	ВГС, ВГВ	ВИЧ	ТВС	АРВТ

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Журнал регистрации пациентов для перенаправления в другие сайты

П/Н №	Дата регистрации и выдачи направления	Ф И О пациента	Год рождения	№ истории	Куда направляется	Суточная доза метадона в мг/мл

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Журнал регистрации пациентов для приёма из других сайтов

п/н №	Дата регистрации и выдачи направления	Ф И О пациента	Год рождения	№ истории	откуда прибыл	Суточная доза метадона в мг/мл

ПРИЛОЖЕНИЕ 4 Журнал «листа ожидания»

п/н №	Дата регистрации	Ф И О пациента	Причина не принятия	Примечание

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Ба қайдгирифташудааст _____ форма № _____

Рамзбо МКБ _____ Тасдиқкарда шуд аз тарафи ВТ ваҶИА ХТ

Гурӯҳикайд _____ аз _____ « _____ » 20 _____ с.

№ _____

Номгӯимуассиса

Таботатиҷойивазқунандаиёрирасон

Картаитиббиииштирокчии

барномаиТЧЁ

1.Ном ванасаб: _____

2.Санаитаваллуд: _____

3.Суроғай истиқомат: _____

4.Вазъи оилавӣ: _____ фарзандон _____

5.Телефони хона _____ мобилӣ _____

6.Ҷои кор _____

7. Ихтисос _____

8. Шиноснома _____

9. Рӯзиқабул ба барнома _____

10.Рӯзи ҷавоб аз барнома _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

ДОГОВОР ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ МЕТАДОНОМ

Гражданин(ка) _____
именуемый в дальнейшем «Участник» с одной стороны и (название учреждения здравоохранения) _____,
именуемый в дальнейшем «Центр», в лице директора Центра _____
составили настоящий договор по включению в программу заместительной поддерживающей терапии метадонном в следующих условиях

Центр обязуется:

1. Предоставить Участнику полную информацию о программе заместительной терапии метадонном и действии метадона на организм.
2. Составить для пациента индивидуальный план детоксификации метадонном и подобрать адекватную индивидуальную дозу препарата.
3. Создать надлежащие условия для терапии и бесплатно обеспечить участников программы метадонном в течение всего времени участия пациента в программе заместительной терапии метадонном.
4. Ежедневно выдавать метадон в установленное время в дозировках, прописанных лечащим врачом.
5. Обеспечить пациента консультациями врача-нарколога, психолога, социального работника, а при необходимости консультациями врачей – специалистов.
6. Своевременно информировать Участника об изменениях в программе заместительной терапии метадонном, о сроках окончания программы или предстоящем исключении Участника из программы.
7. Сохранить клиническую информацию о пациенте конфиденциально, и только при письменном разрешении клиента выдавать третьему лицу (за исключением правоохранительных органов)

Участник обязуется:

Соблюдать следующие правила, установленные для участников заместительной терапии метадонном:

1. Ежедневно посещать Центр для приема метадона в кабинете метадонной программы в установленное время и под присмотром персонала;
2. Не проявлять агрессии против медперсонала Центра, пациентов и живущих по соседству с центром граждан;
3. Не продавать и не употреблять нелегальные наркотики и другие психоактивные вещества на территории и в помещениях Центра;
4. После приема метадона не пребывать на территории Центра без основательных причин;
5. Выполнять все назначения и предписания врача;
6. По просьбе персонала сдавать анализы мочи на наличие других психоактивных веществ;
7. Не портить имущество Центра;
8. Не курить в помещениях Центра, на лестничных площадках;
9. Своевременно информировать об отказе от участия в программе;
10. Не выносить метадон из Центра;
11. При посещении Центра не иметь при себе холодное или огнестрельное оружие;
12. При посещении других врачей информировать их, что ты являешься участником программы заместительной терапии.

Участник информирован о:

- Целей лечения
- Преимуществам и недостаткам лечения
- Форме контроля за пациентом
- Ожидаемой длительности лечения
- Побочных эффектах метадона
- Риске сопутствующего употребления психоактивных веществ
- Возможных альтернативных методах лечения
- Метадоне, который является наркотическим веществом длительного действия, что может вызывать зависимость.
- Повторном приеме в программу терапии метадоном, что осуществляется на основании решения специальной консультативной комиссии (СКК) и не ранее, чем через 2 месяца после последнего приема метадона.
- При попытке незаконного оборота предусматривается уголовная ответственность в соответствии УКРТ.
- Метадон действует седативно и может нарушить способность выполнять сложные задачи, включая вождение автотранспортом, в связи, чем во время приема метадона (пребывание в ОЗТ) запрещается вождение транспортным средством.

По решению СКК Участник может быть исключен из программы по следующим основаниям:

- в случае попытки выноса метадона из кабинета (хотя бы однократного);
- в случае 3х-дневного отсутствия в Центре без уважительной причины;
- в случае подтвержденного анализами неоднократного дополнительного употребления других психоактивных веществ;
- в случае отказа от сдачи мочи на анализы или попыток обмана персонала путем подмены, сдаваемой мочи;
- в случае совершения преступления,
- в случае невыполнения других условий настоящего договора.

Участник имеет право:

- иметь полную информацию о своем лечении;
- по собственному желанию прекратить участие в программе.

Договор составлен в 2х экземплярах, которые хранятся у Участника и в Центре.

Участник

Центр

Дата:

Адрес:

Имя, фамилия:

Директор _____.

Документ, удостоверяющий личность:

Подпись _____

Подпись _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Руководителю ЗПТМ,
Менеджеру сайта

от пациента _____
(ФИО)

Место жительства _____

телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____ года рождения, прошу Вас
принять меня в программу заместительной поддерживающей терапии
метадоном.

Полностью информирован о фармакологическом действии метадона.
Обязуюсь соблюдать пункты, указанные в Договоре между мной
и _____.
(название учреждения)

Заявление набрано с моих слов на компьютере и подписано
собственноручно.

Подпись _____

дата _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Фармакотерапию препаратом _____

Получающий пациент _____

План лечения и анализов

от _____ до _____

период, на который составлен план медицинской и социальной помощи

Предварительные цели медицинской и социальной помощи и планируемые действия:

План помощи составили:

Менеджер случая _____ Врач _____

имя, фамилия, подпись

подпись, штамп

Пациент _____

подпись

Изменения дозы метадона	Дата								
	Доза								
Тесты	Дата	ОПИ	AMF	BZD	THC				
Ко нсу льт	Консультации социального								

	работника – менеджера случая				
	Консультации врача-психиатра				
Анализ крови	Дата _____	ВИЧ _____	Гепатит С _____	Гепатит В _____	
	Дата _____				
	Дата _____				

Оценка выполнения плана медицинской и социальной помощи _____

Дата

Шакли ташхисию муолиҷавии мизочон барои гузаронидани ТЧБ
 Аз тарафи духтур ва корманди иҷтимоӣ, ки муолиҷаро ташхис менамоянд, лур қарда мешавад (ҳангоми қабул ба барнома ва ҳар як сессоҳа)

№ шакл	Минтақа/ноҳия
Таърихи бақайдгирии	Номи мизоч (рама)
Ному насаби шахси пурқунанди шакл	Суроғи истиқомати мизоч

МАЪЛУМОТИ УМУМИ

Санаи таваллуд _____ МАРД _____ ЗАН _____

Ҳолати оиладорӣ:

Муҷаррад/бешаҳар Оиладор Шарик Ҷудо шуда Беватан имурда

Машғулият

Бекор Донишҷӯ Кор мекунад

Қобилияти навиштани ҳандан:

Тоҷик Русӣ Узбек

Тарзи истеъмоли маводҳои нашъадор:

Сӯзондору/таъриқӣ Маводи нашъадор _____

Давонӣ Чанд маротиба дар 1 рӯз _____

Дудкашӣ

Бо нафасирӣ

Собиқи истеъмоли маводҳои нашъадор _____ мақ _____ сол _____

Санҷиши ВНМО

Мусбӣ Манфӣ Санҷиш гузаронида _____ Санҷиш гузаронида шуд. Дар _____

Мизоч дар МЗР (АРТ) Ҳа Не Тебобатро қатъ кард _____

Агар, ҳа нақшаи муолиҷа _____ Санаи оғози муолиҷа _____

Ақсулҷамил ба доруворихот: _____ Аниқ наҷсонд _____

МАЪЛУМОТ ДОИР БА РАҒБОРИ ХАТАРНОК

Оё ҳама вақт ҳангоми иллати ҷинси рифоҳоро истифода мебаред?	Ҳа <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Агар ҳа, он гоҳ қай маротибаи охири
Оё сӯзондори шахси беғоноро истифода бурдаед?	Ҳа <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Агар ҳа, он гоҳ қай маротибаи охири
Оё аз лавозимоти умумӣ барои маводи нашъадор истифода бурдаед?	Ҳа <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Агар ҳа, он гоҳ қай маротибаи охири
Оё аз маводи нашъадоре, ки шахси дигар ба сӯзондору гирифтааст, истифода бурдаед?	Ҳа <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Агар ҳа, он гоҳ қай маротибаи охири
Оё аз оби умумӣ барои шустани сӯзондору истифода бурдаед?	Ҳа <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Агар ҳа, он гоҳ қай маротибаи охири

Назорати истеъмоли маводҳои ғайриқонунии тиррақунанди асаб ва алкоҳол (Бо ишорати + ё - қайд намоед)

Санаи гузаронидани ташхис	Усули муйян наҷудан	CPI	BZD	AMF	THC	BAR	MDMA	Алкоҳол	Тропика мийр	Диге арал	Дигар

Хизматрасониҳои тиббӣ-иҷтимоӣ

Санаи мувоҷиат	Сабоби мувоҷиат	Шакли хизматрасонӣ	Мутахассис/муа ссияи хизматрасон	Санаи гирифтани хизматӣ

САЊЧИШИ УМУМӢ

Наби (тарбадог Т.ди)	Прег
Физион. шариан (АД)	Халоготи бадан
Зуддотти нафасотий	Набудои Ҷисмонӣ
Вазн	Зардишай
Қад	Баринхо

Номадори сӯзанаканӣ (нуқтаҳо, афсона, алам)

Пурса номинис номад.

МУОИНАИ ПУРРАИ УЗВҲОИ БАДАН

Скелетони дағу рақо	
Системи нафасотий	
Узвҳои ҳолима	
СМА	

САЊЧИШИ ҲОЛАТИ РӢҲӢ

ТАШХИСИ АСОСӢ ВА БЕМОРИҲОИ ҲАМРОҲӢ

НАҚШАИ МУОЛИҶА (ТАВОБАТИ ҚОЙИВАЗКУНАНДАИ ТАЪИНШУДА, НАҚШАИ БАҲАРАФ НАМУДАНИ ПРОБЛЕМАҲОИ ИҶТИМОИӢ ҲУҚУҚӢ, ТАВОБАТИ БЕМОРИҲОИ ҲАМРОҲӢ ВА ТАШХИСҲОИ ЛАБОРАТОРӢ)

ТАЪИНОТ ВА ТАҒИРОТИ ВОЯИ МЕТАДОН

Санаи таъинот/тағирот	Воли метадон (mg)	Саббабҳои тағироти воли метадон

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН СОПРОВОЖДЕНИЯ КЛИЕНТА

Фамилия, имя, отчество клиента _____

Дата составления плана _____

Действие которые необходимо выполнить	Место получения услуги (укажите название ЛУ, специалиста, например, Центр СПИД, Фтизиатр)	Планируемая дата получения услуги	Дата контроля напоминание	Достигнут ли результат Отметьте «Да» или «Нет»	Причина не достижения результата (не получения услуг клиентом)

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

Книга учёта наркотических лекарственных средств

в отделениях и в кабинетах ЛПУ

Наименование лекарственного средства _____

Единица измерения _____

Дата получения	Приход			Расход				Остаток
	Поставщик № и дата документа	Количество препарата	Фамилия, и., о., и подпись получившего	Количество препарата	№ истории болезни, фамилия, и., о. больного	Дата выдачи	Фамилия, и., о., и подпись получившего	Количество препарата
1	2	3	4	5	6	7	8	9

ПРИЛОЖЕНИЕ 12

КЛИНИЧЕСКАЯ ШКАЛА ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИАТОВ (COWS)

(Wesson DR, Ling W., Jara G.)

В каждом пункте обведите кружком число, которое наилучшим образом описывает признаки и симптомы у пациента. Оценку ставьте только с точки зрения очевидной связи с отменой опиатов. Например, если частота сердечных сокращений повысилась из-за того, что пациент перед самой оценкой совершил пробежку, это увеличение не добавляет баллов.

ФИО пациента: _____

Дата и время __/__/__:__

Причина, по которой проводится оценка: _____

<p>Частота пульса в состоянии покоя: _____ биений/мин <i>Измеряется после того, как пациент посидит или полежит в течение одной минуты</i></p> <p>0 частота пульса 80 или меньше 1 частота пульса 81-100 2 частота пульса 101-120 4 частота пульса больше 120</p>	<p>Расстройство желудочно-кишечного тракта: за последние полчаса</p> <p>0 симптомов расстройства ЖКТ нет 1 спазмы в желудке 2 тошнота или жидкий стул 3 рвота или понос 5 многократные эпизоды поноса или рвоты</p>
<p>Потоотделение: <i>за последние полчаса, не из—за температуры в помещении или физической нагрузки</i></p> <p>0 не сообщает об ознобе или приливах жара 1 субъективное сообщение об ознобе или приливах жара 2 покраснение или видимая влажность лица 3 капли пота на лбу или на лице 4 пот струится по лицу</p>	<p>Тремор: <i>наблюдение за вытянутыми руками пациента.</i></p> <p>0 дрожания нет 1 дрожание можно почувствовать, но не заметить 2 заметно легкое дрожание 4 сильное дрожание или подергивание мышц</p>
<p>Беспокойство: <i>наблюдение в ходе оценки</i></p> <p>0 может сидеть неподвижно 1 сообщает о том, что сидеть неподвижно трудно, но можно 3 частые изменения положения или неуместные движения ног/рук 5 не может сидеть спокойно дольше нескольких секунд</p>	<p>Зевота: <i>наблюдение в ходе оценки</i></p> <p>0 зевоты нет 1 зевнул раз или два за время оценки 2 зевнул три или более раз за время оценки 4 зевал по несколько раз в минуту</p>
<p>Размер зрачков:</p> <p>0 зрачки сужены или нормальных размеров для комнатного света 1 зрачки, возможно, шире, чем обычно при комнатном свете 2 зрачки умеренно расширены 5 зрачки расширены настолько, что</p>	<p>Тревога или раздражительность:</p> <p>0 отсутствует 1 пациент сообщает о нарастании раздражительности или страха 2 пациент явно раздражен или находится в состоянии патологического страха</p>

<p>можно видеть только край радужной оболочки</p>	<p>4 пациент настолько раздражен или находится в таком состоянии патологического страха, что его дальнейшее участие в оценке затруднено</p>
<p>Боль в костях или суставах: <i>Если у пациента была боль раньше, баллы ставятся только за дополнительный компонент, относимый на счет опиатов</i> 0 отсутствует 1 легкое генерализованное недомогание 2 пациент сообщает о сильной генерализованной боли в суставах/мышцах 4 пациент потирает суставы или мышцы и не может сидеть спокойно из-за недомогания</p>	<p>«Гусиная кожа»: 0 кожа гладкая 3 пилоэрекцию кожи можно почувствовать на ощупь или на руках поднимаются волосы 5 пилоэрекция бросается в глаза</p>
<p>Насморк или слезотечение:<i>не обусловлены симптомами простуды или аллергическими реакциями</i> 0 отсутствуют 1 заложен нос или необычно влажные глаза 2 обильное выделение из носа или слезотечение 4 постоянное выделение из носа или по щекам текут слезы</p>	<p>Общий балл: _____ <i>Общий балл представляет собой сумму баллов по всем 11 пунктам.</i></p> <p>Инициалы лица, проводившего оценку: _____</p>

5—12 баллов: легкая степень; 13-24: умеренная степень; 25-36: умеренно тяжелая степень; более 36: тяжелая степень синдрома отмены.

ПРИЛОЖЕНИЕ 13

ШКАЛА КЕССЛЕРА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА (К10)

KesslerPsychologicalDistressScale

Пожалуйста, отметьте наиболее подходящий ответ: В течении последнего месяца	Всё время (5)	Большую часть времени (4)	Иногда (3)	Меньшую часть времени(2)	Ни разу (1)
1. Как часто Вам приходилось чувствовать себя усталым без видимой причины?					
2. Как часто Вы себя чувствовали нервным?					
3. Как часто Вы чувствовали себя настолько нервным, что ничто не могло Вас успокоить?					
4. Как часто Вы чувствовали себя беспомощным?					
5. Как часто Вы чувствовали себя беспокойным?					
6. Как часто Вы чувствовали себя настолько беспокойным, что не могли спокойно сидеть?					
7. Как часто Вы чувствовали себя в депрессии?					
8. Как часто Вы чувствовали, что всё требует усилия?					
9. Как часто Вы чувствовали себя настолько грустным, что ничто не могло Вас развеселить?					
10. Как часто Вы чувствовали себя бесполезным?					

Подсчёт баллов

Ответы на каждый из вопросов оцениваются по шкале от «ни разу» до «всё время». Ответы на 10 вопросов суммируются в итог от 10 до 50 баллов. Низкие баллы указывают на низкий уровень психологического дистресса, а высокие баллы указывают на более тяжелое состояние.

Интерпретация баллов

Сумма баллов, набранная по К10, указывает на вероятность наличия психического расстройства (психологического дистресса):

10 - 19 баллов – вероятнее всего пациент здоров

20 - 24 баллов – вероятнее всего пациент имеет легкое расстройство

25 - 29 баллов – вероятнее всего пациент имеет расстройство средней тяжести

30 - 50 баллов – вероятнее всего пациент имеет тяжелое расстройство

Источник

KesslerRC, BarkerPR, ColpeLJ, EpsteinJF, GfroererJC, HiripiE, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Feb;60(2):184-9.

ПРИЛОЖЕНИЕ 14

ИНФОРМАЦИЯ О РИСКОВАННОМ ПОВЕДЕНИИ

Год _____

	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
13.1 Были ли случаи незащищенного полового контакта?	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
13.2 Были ли у Вас случаи инъекционного употребления наркотиков за последние 3 месяца? (в случае ответа «2-Нет» и «3-Не помню» переход к разделу 14)	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
13.3 Были ли случаи использования чужого шприца?	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
13.4 Были ли случаи использования общей посуды для забора р-ра наркотика?	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
13.5 Были ли случаи использования наркотика, заправленного в шприц кем-то другим?	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
13.6 Были ли случаи использования общей воды для промывания шприца и иглы?	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
Год _____				
	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
13.1 Были ли случаи незащищенного полового контакта?	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
13.2 Были ли у Вас случаи инъекционного употребления наркотиков за последние 3 месяца? (в случае ответа «2-Нет» и «3-Не помню» переход	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню

к разделу 14)				
13.3 Были ли случаи использования чужого шприца?	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
13.4 Были ли случаи использования общей посуды для забора р-ра наркотика?	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
13.5 Были ли случаи использования наркотика, заправленного в шприц кем-то другим?	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
13.6 Были ли случаи использования общей воды для промывания шприца и иглы?	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню

ПРИЛОЖЕНИЕ 15

ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕТАДОНА С АНТИРЕТРОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Название препарата	Действие	Рекомендация
Ингибиторы интегразы		
Элвитегравир/ кобицистат	Нет исследований; возможно повышение концентрации метадона	Мониторинг состояния пациента и коррекция дозы метадона соответственно ситуации
Ралтегравир	Нет случаев клинических или лабораторных признаков неблагоприятного взаимодействия.	Нет необходимости в коррекции дозы метадона
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)		
Делавердин	Метадон не влияет на фармакинетику делавердина. Нет исследований по воздействию делавердина на метадон.	Так как делавердин является ингибитором 3А4 необходимо отслеживать наличие симптомов опиоидной интоксикации (напр. миоз, сонливость, ↓ частота дыхания, брадикардия и т.д.). При появлении этих симптомов необходимо снижение дозы метадона
Невирапин	Снижает уровень метадона в крови в среднем на 40%	Мониторинг состояния пациента и коррекция дозы метадона соответственно ситуации
Эфавиренц	Эфавиренц понижает уровень метадона в крови на 50-60% начиная с 8-10 дня после начала приёма.	Необходима корректировка дозы метадона. Дополнительно повышать дозу метадона на 10 мг в день до купирования

		симптомов отмены.
Этравирин	Без клинически важных особенностей.	Нет необходимости в коррекции дозы метадона
Лерсивирин	Без клинически важных особенностей.	Нет необходимости в коррекции дозы метадона
Рилпивирин	Без клинически важных особенностей.	Нет необходимости в коррекции дозы метадона
Ингибиторы протеаз		
Ампренавир	Возможна задержка в действии Ампренавира. Фармакокинетика метадона не меняется.	Отслеживать эффективность Ампренавира. Нет необходимости в коррекции дозы метадона
Атазанавир	Без клинически важных особенностей.	Нет необходимости в коррекции схемы лечения и дозировки лекарств.
Дарунавир /ритонавир	Возможно незначительное снижение концентрации метадона	Отслеживание появления симптомов отмены опиоидов.
Индинавир	Не влияет на концентрацию метадона	Коррекция дозы не требуется
Лопинавир/ритонавир	Снижение концентрации метадона на 26- 46 %.	У некоторых пациентов необходимо повышение дозы метадона
Нелфинавир	Снижение концентрации метадона.	У некоторых пациентов необходимо повышение дозы метадона
Саквинавир/ритонавир	Снижение концентрации метадона на 32%;	У некоторых пациентов необходимо повышение дозы метадона.
Типранавир	Снижение концентрации метадона на 53%;.	часто необходимо повышение дозы метадона
Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы		
Абакавир	Не влияет	Изменение дозировки не требуется
Диданозин	Концентрация диданозина снижается	Рекомендуется использовать кишечнорастворимые таблетки
Диданозин, кишечнорастворимые таблетки	Не влияет	Коррекция дозы не требуется
Ламивудин	Отсутствует	Отсутствует
Тенофовир	Взаимодействие отсутствует	Отсутствует
Зидовудин (Азидотимидин)	Увеличение концентрации зидовудина в крови	Мониторинг побочных эффектов зидовудина, при необходимости – снижение дозы зидовудина
Фосампренавир/ритонавир	Снижение концентрации метадона на 20%	Коррекции дозировки метадона обычно не требуется

ГЛОССАРИЙ

Агонистиопийоидных рецепторов – вещества, которые связывают и активируют конкретный вид рецепторов. Они производят эффекты, аналогичные действиям психоактивных веществ/наркотиков.

Антагонисты - блокирующие определенный тип рецепторов в мозге, препятствуя его активации. Фармакологически, антагонист взаимодействует с рецептором, чтобы подавить действие агентов (агонистов), которые производят конкретные физиологические или поведенческие эффекты при посредничестве этого рецептора. Например, налтрексон является опиоидным антагонистом, т.е. блокирует и препятствует активации опиоидных рецепторов.

Бензодиазепины- любой из группы ароматических липофильных аминов (как диазепам и хлордиазепоксид), которые используются прежде всего как транквилизаторы, то есть препараты, применяемые для снижения психических расстройств (как тревога и напряженность).

Безопасное поведение - сексуальные взаимоотношения, исключающие возможность психических травм и вредных последствий для здоровья человека.

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека, который приводит к заболеванию СПИДом. Относится к лентивирусам, подгруппа ретровирусов. У большинства вирусов, как и у бактерий, растений и животных, генетический код состоит из ДНК, а РНК используется для построения специфических белков. Генетический материал ретровируса - сама РНК. ВИЧ внедряет свою РНК в ДНК клетки-хозяина, препятствуя тем самым нормальному функционированию клетки, превращая ее в фабрику по производству вируса.

ВИЧ-инфекция - заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека.

Гепатит - воспаление печени, вызванное одним из нескольких различных болезнетворных факторов, которыми могут быть ряд вирусов, злоупотребление алкоголем, некоторые лекарства и т.д. При этом, болезнь может перейти в хроническую форму и стать опасной для жизни. Существует четыре вида вирусных гепатитов: гепатит А (инфекционный), который передается фекально-оральным путем, после перенесения гепатита А развивается пожизненный иммунитет; гепатит В, передающийся половым путем или через кровь; гепатит С (вирусный гепатит с парентеральным механизмом передачи), который передается, подобно гепатиту В, через половой контакт или кровь; гепатит Е (фекально-оральный механизм передачи); гепатит D (дельта-вирусная инфекция), который поражает людей, уже зараженных вирусом гепатита В. Профилактика гепатитов А и Е - соблюдение правил гигиены и контроль за чистотой пищевых продуктов и воды. Профилактика гепатитов В, С и D аналогична профилактике заражения ВИЧ/СПИДом - использование презервативов и чистых игл для инъекций. Для лечения хронического гепатита В применяется рекомбинантный альфа-интерферон, полученный путем генной инженерии.

Дискриминация - ущемление прав и свобод людей, живущих и пострадавших от ВИЧ/СПИДа, по мотивам ВИЧ/СПИДа.

Иммунитет - невосприимчивость организма к инфекционным и неинфекционным агентам и веществам: бактериям, вирусам, ядам и другим продуктам, чужеродным для организма. Различают врожденный и приобретенный иммунитет. Врожденный иммунитет передается по наследству, как и другие генетические признаки. Приобретенный иммунитет (он может быть активно или пассивно приобретенным) возникает в результате перенесенной болезни или вакцинации и по наследству не передается.

Иммуноблот- метод лабораторного исследования сыворотки крови на присутствие антител к ВИЧ; это более точный анализ, чем ИФА, и используется для подтверждения результатов ИФА.

Иммунодефицит - неспособность некоторых звеньев иммунной системы нормально функционировать, в результате чего снижается сопротивляемость организма человека к

инфекционным агентам и повышается вероятность развития различных заболеваний, которым в ином случае пациент не был бы подвержен (см. оппортунистические инфекции). При заболеваниях, связанных с ВИЧ, разрушается клеточный иммунитет, связанный с функцией Т-лимфоцитов-помощников.

Иммуноферментный анализ - ИФА - лабораторное исследование, позволяющее определить присутствие в крови ВИЧ-антител; тест на ВИЧ-антитела.

Люди употребляющие инъекционные наркотики - это мужчины и женщины, употребляющие наркотики путем инъекций, независимо от установленного диагноза и стадии наркотической зависимости, стажа и частоты употребления наркотиков, их видов и доз.

Конфиденциальный - "доверительный", "основанный на доверии". При конфиденциальном обследовании или лечении фамилия пациента известна врачу, но не может быть раскрыта другим лицам.

ЛЖВС (лица, живущие с ВИЧ/СПИДом) - лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека, как на стадии отсутствия проявлений болезни, так на стадии глубокого поражения иммунной системы, вызванного вирусом иммунодефицита человека.

Метадон - синтетический наркотик, принимаемый перорально для облегчения боли или лечения опиатной (например, героиновой) зависимости.

Мотивационное интервьюирование - стиль интервьюирования, которое направлено на повышение мотивации пациента к изменению своего поведения

Опиат – один из группы естественных алкалоидов, полученных из опийного мака (*Papaversomniferum*), который активизирует опиатные рецепторы в мозге, и обладает способностью индуцировать анальгезию, эйфорию, а в более высоких дозах приводит к ступору, коме и угнетению дыхания. Этот термин включает в себя опиум, героин, морфин и исключает синтетические опиоиды.

Опиоидный - общий термин, применяемый к алкалоидам из опийного мака (*Papaversomniferum*), их синтетических аналогов, а также соединений, синтезирующихся в организме, которые взаимодействуют с теми же конкретными рецепторами в головном мозге, имеют потенциал для облегчения боли, и производят ощущение благополучия (эйфорию). Алкалоиды опия и их синтетические аналоги в высоких дозах также вызывают ступор, кому и угнетение дыхания. Примеры включают кодеин, метадон, бупренорфин и (декстро) пропоксифен.

Приверженность АРВ терапии - необходимость повседневного пожизненного приема антиретровирусных препаратов, включающих не менее 3 препаратов, назначаемых в больших дозах.

Психосоциальное консультирование - конфиденциальный диалог между обследуемым лицом и лицом, предоставляющим поддержку, дающий возможность преодолеть психоэмоциональный стресс и принять решение относительно ВИЧ/СПИДа. Процесс психосоциального консультирования при ВИЧ-инфекции состоит из дотестового и послетестового консультирования.

Психосоциальная поддержка - оказание помощи, связанной как с социальными условиями, так и с психическим здоровьем.

Снижение вреда - это концентрация усилий, направленных на уменьшение вреда от употребления наркотиков (не на искоренение самого употребления наркотиков). Цель деятельности по снижению вреда: профилактика распространения инфекций, передающихся с кровью (ВИЧ, гепатит и др.); снижение риска передозировки и других несчастных случаев, сопряженных с вероятностью смертельного исхода; смягчение негативных последствий от употребления наркотиков (нищета, преступность и т.д.), как в отношении отдельных лиц, так и в отношении сообщества в целом. Основные стратегии снижения вреда включают: программы обмена шприцев и игл, заместительную терапию, консультирование и информационное просвещение, направление к врачам для получения медицинской помощи,

комнаты более безопасного инъекционного употребления наркотиков, снижение или отмену уголовного наказания за нарушения, связанные с наркотиками.

Созависимые лица - люди из окружения представителей уязвимых групп (члены семьи, друзья, близкие родственники и т.д.).

Стигматизация - присвоение человеку или группе лиц унижающих их достоинство свойств, связанных с ВИЧ/СПИДом.

Туберкулез - инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза. Чаще всего туберкулез поражает органы дыхания, но встречается туберкулез других органов и систем (внелегочный), поражающий мочеполовую систему, глаза, периферические лимфоузлы, кости и суставы, кожные покровы. Заражение, как правило, происходит воздушно-капельным путем - при вдыхании микроскопических капель слюны или мокроты, выделяемых зараженным человеком при кашле, чихании, разговоре и т.п. Основной метод диагностики - внутрикожная проба Манту. При лечении используются изониазид; рифампин.

Уязвимые группы - группы лиц, в которых риск распространения ВИЧ-инфекции наиболее велик в силу особенностей поведения ее членов, в частности, незащищенного секса или внутривенного введения наркотиков, и которые потенциально представляют наибольшую угрозу общественному здоровью.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Mathers, B.M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S.A., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A., Mattick, R.P., 2008. Reference Group to the U.N. on HIV and Injecting Drug Use, 2008. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 372, 1733–1745.
2. Статистика Республиканского центра по борьбе и профилактике СПИД Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за 2013 год (<http://www.nc-aids.tj/statistika.html>).
3. Программа 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).
4. Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республики Таджикистан на период 2010-2015 гг. (Постановление Правительства Республики Таджикистан № 62 от 30.10.2010г).
5. Shewan, D., Stöver, H.; Dolan, K.: Injecting in Prisons. In: Pates, R.; McBride, A.; Arnold, K. (ed.): *Injecting Illicit Drugs*. Blackwell: Oxford, 2005, pp.69-81.
6. Lines, R.; Jürgens, R.; Betteridge, G.; Laticevschi, D.; Nelles, J.; Stöver, H. (2006); *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*. Canadian HIV/AIDS Legal Network; 2nd edition 2006.
7. UNODC-UNAIDS-WHO Framework for HIV AIDS prevention, treatment, and care in prison (2006).
8. World Health Organization (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence* (Geneva: WHO), http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf. 08)
9. World Health Organization (2005), *Model list of essential medicines. 14th edition*, http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_eng.pdf
10. United Nations Office on Drugs and Crime, 2012. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, policy brief. UNODC, New York.
11. Wickersham, J.A., Marcus, R., Kamarulzaman Huang YF, Kuo HS, Lew-Ting CY, Tian F, Yang CH, Tsai TI, et al. Mortality among a cohort of drug users after their release from prison: an evaluation of the effectiveness of a harm reduction program in Taiwan. *Addiction*. 2011;106(8):1437–45.
12. Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R, Barrio G, García de Olalla P, de la Fuente L, et al. Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and AIDS in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*. 2005;100(7):981–9.)
13. Subata, E., Karymbaeva, S., & Moller, L. (2011), *Evaluation of opioid substitution therapy in prisons. Pilot study in Kyrgyzstan* (Copenhagen: WHO)
14. United Nations Office on Drugs and Crime (2010), *HIV in prisons. Situation and needs assessment toolkit*
15. World Health Organization (2005), *Status paper on prisons, drugs and harm reduction* Copenhagen: WHO

16. Оперативное руководство «Заместительная поддерживающая терапия метадонном при синдроме зависимости от опиоидов», Малахов М.Н., Холов С.С., Душанбе 2009
17. Международная статистическая классификация болезней, 10 пересмотр (<http://mkb-10.com>).
18. World Health Organization. HIV in prisons: A reader with particular relevance to the newly independent states. B: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons, Copenhagen: World Health Organization; 2001, p. 2337.
19. Bellin E, Wesson J, Tomasino V, Nolan J, Glick AJ., Oquendo S. High dose methadone reduces criminal recidivism in opiate addicts. *Addict Res.*1999; 7:19329
20. Heimer R, Catania H, Newman RG, Zambrano J, Brunet A, Ortiz AM: Methadone maintenance in prison: evaluation of a pilot program in Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend* 2006, 83:122-129.
21. Dolan K, Hall W, Wodak A: Methadone maintenance reduces injecting in prison. *BMJ* 1996, 312:1162.
22. Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD: A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus waitlist control in an Australian prisons system. *Drug Alcohol Depend* 2003, 72:59-65.
23. Dolan KA, Wodak AD, Hall WD: Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. *Drug Alcohol Rev* 1998, 17:153-158.
24. Impact of Methadone Maintenance Treatment on Women Offenders' Post-Release Recidivism Farrell-MacDonald S., MacSwain M.-A., Cheverie M., Tiesmak M., Fischer B. *Ear Addict Res* 2014;20:192-199
25. Panagiotis Vagenasa, Lyuba Azbela, Maxim Polonskya, Nina Kerimi, Mirlan Mamyrov, Sergey Dvoryak, Frederick L. Altice, d, A review of medical and substance use comorbidities in Central Asian prisons: Implications for HIV prevention and treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013.
26. Sylla, L., Bruce, R.D., Kamarulzaman, A., Altice, F.L., 2007. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. *Int. J. Drug Policy* 18,306–312.
27. World Health Organization, 2009. WHO Europe: Prison Health – HIV, Drugs and Tuberculosis, Geneva.
28. United Nations Office on Drugs and Crime, 2012. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, policy brief. UNODC, New York.
29. Wickersham, J.A., Marcus, R., Kamarulzaman, A., Zahari, M.M., Altice, F.L., 2013a. Implementing methadone maintenance treatment in prisons in Malaysia. *Bull. WHO* 91, 124–129.
30. Латыпов А., Отиашвили Д., Айзберг О., Болтаев А. Опиоидная заместительная терапия в Центральной Азии: на пути к многообразному и эффективному лечению наркозависимости. *ЕССВ: Вильнюс. ЕССВ* (2010).
31. HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response (UNODC, WHO and UNAIDS, 2006)